

UNIVERZITA PALACKÉHO V OLOMOUCI
FAKULTA ZDRAVOTNICKÝCH VĚD
Ústav zdravotnického managementu

Bc. Veronika Neničková

Manažeři a zdravotní gramotnost

(zdravotní gramotnost zdravotnických a nezdravotnických
manažerů v regionu Kyjov)

Diplomová práce

Vedoucí práce: PhDr. Mgr. Lubica Juričková, Ph.D.

Olomouc 2013

ANOTACE

DIPLOMOVÁ PRÁCE

Název práce:

Manažeři a zdravotní gramotnost (zdravotní gramotnost zdravotnických a nezdravotnických manažerů v regionu Kyjov)

Název práce v AJ: Managers and health literacy (health literacy of both medical and non-medical managers in Kyjov Region)

Datum zadání: 2012-01-27

Datum odevzdání: 2013-06-28

Vysoká škola, fakulta, ústav: Univerzita Palackého v Olomouci
Fakulta zdravotnických věd
Ústav zdravotnického managementu

Autor práce: Veronika Neničková

Vedoucí práce: PhDr. Mgr. Lubica Juričková, Ph.D.

Oponent práce:

Abstrakt v ČJ:

Diplomová práce se zabývá zdravotní gramotností na třech úrovních Nutbeamova modelu. Těžiště práce tvoří kvantitativní výzkum zdravotní gramotnosti zdravotnických a nezdravotnických manažerů v regionu Kyjov. Jako technika sběru dat byl použit dotazník. Výběrový vzorek tvořilo 60 zdravotnických a 66 nezdravotnických manažerů. Analýza a interpretace získaných dat poskytuje informace o zdravotní gramotnosti manažerů v regionu Kyjov. Diplomová práce je příspěvkem manažerům k jejich práci, při které jsou povinni vytvářet pro své zaměstnance podmínky zajišťující ochranu zdraví při práci s ohledem na rizika možného ohrožení života a zdraví.

Abstrakt v AJ:

The dissertation deals with health literacy at three levels of Nutbeam's Model. The focus of the work lies on a quantitative survey of health literacy of both medical and non-medical managers in Kyjov Region. A questionnaire was used to collect the data and the selective sample was comprised of 60 medical and 66 non-medical managers. The analysis and interpretation of the gained data provide information about health literacy in Kyjov Region. The dissertation is a contribution to managers and their work, in the course of which they are obliged to create conditions ensuring the health protection during the work with regard to possible health and life hazard for their employees.

Klíčová slova v ČJ:

Zdraví, zdravotní gramotnost, manažeři, model zdravotní gramotnosti podle Nutbeama

Klíčová slova v AJ:

Health, health literacy, managers, model of health literacy by Nutbeam

Rozsah: 79 stran + 1 příloha

Prohlašuji, že diplomovou práci jsem vypracovala samostatně a použila pouze uvedené informační zdroje.

Olomouc 28. 6. 2013

Děkuji Ph.Dr. Mgr. Lubici Juríčkové, Ph.D., za odborné vedení diplomové práce, za cenné informace a připomínky při jejím zpracování. Děkuji jí také za neobyčejně lidský, chápavý a vstřícný přístup. Dále děkuji Mgr. Janě Zapletalové, Ph.D., za významnou pomoc při statistickém zpracování dat.

OBSAH

ÚVOD	-7-
1 ZDRAVOTNÍ GRAMOTNOST A JEJÍ ROLE V PÉČI O ZDRAVÍ	- 10 -
1.1 Vymezení pojmu zdraví a zdravotní gramotnost	- 10 -
1.2 Modely zdravotní gramotnosti	- 13 -
1.3 Vazba zdravotní gramotnosti na cíle zdravotní politiky	- 14 -
1.4 Shrnutí současného stavu poznání o zdravotní gramotnosti	- 16 -
1.4.1 Zkoumání zdravotní gramotnosti v České republice	- 16 -
1.4.2 Výzkum zdravotní gramotnosti v zahraničí	- 18 -
2 METODY ROZVOJE ZDRAVOTNÍ GRAMOTNOSTI	- 19 -
2.1 Zdravotní výchova	- 19 -
2.1.1 Obsah zdravotní výchovy	- 19 -
2.1.2 Typy zdravotní výchovy	- 20 -
2.2 Podpora a prevence zdraví	- 21 -
2.2.1 Podpora zdraví	- 21 -
2.2.2 Prevence	- 23 -
2.3 Zdravotní programy	- 23 -
3 ROZVÍJENÍ ZDRAVOTNÍ GRAMOTNOSTI U MANAŽERŮ	- 27 -
3.1 Potřeba rozvoje zdravotní gramotnosti u manažerů	- 27 -
3.2 Specifika práce manažerů	- 28 -
4 VÝZKUM ZDRAVOTNÍ GRAMOTNOSTI	- 31 -
4.1 Nemocnice Kyjov, příspěvková organizace	- 32 -
4.2 Cíl práce, výzkumné otázky a hypotézy	- 33 -
4.3 Metodika výzkumu	- 35 -
4.3.1 Metody a technika sběru dat	- 35 -

4.3.2 Organizace výzkumu, výběr vzorku a předvýzkum	- 36 -
4.4 Výsledky výzkumu	- 37 -
4.4.1 Všeobecné údaje o manažerech	- 37 -
4.4.2 Ověření platnosti hypotéz	- 40 -
4.4.3 Zdravotní výchova	- 54 -
4.4.4 Manažeři a rizika zdraví	- 56 -
DISKUSE	- 61 -
ZÁVĚR	- 67 -
LITERATURA A PRAMENY	- 68 -
SEZNAM TABULEK	- 74 -
SEZNAM GRAFŮ	- 75 -
PŘÍLOHA.....	- 76 -

ÚVOD

Zdravotní gramotnost není pojem, se kterým by se člověk běžně setkával. Dokážeme možná specifikovat, co znamená gramotnost, víme, kdo je a není gramotný ve všeobecném slova smyslu. Pojem gramotnost lze definovat jako znalost čtení a psaní (Linhart 2007, s. 139). Zvírotsky (2007, s. 32) ji uvádí jako gramotnost primární. Zároveň doplňuje také gramotnost sekundární, kam patří například gramotnost počítačová, informační, finanční, jazyková, přírodovědecká, ale i zdravotní.

Kickbusch¹ definuje zdravotně gramotného člověka jako jedince, který má znalosti, dovednosti a sebedůvěru řídit své zdraví každý den. Zahrnuje to schopnost vědět, kdy začít využívat zdravotní systém a jak se v něm orientovat, aby jeho služby byly co nejlépe využity. Holčík (2010, s. 147) píše, že zdravotní gramotnost je poměrně mladý pojem, a ačkoliv se měla veřejnost možnost s ním už setkat, není to pojem příliš známý. Jeho význam v Evropě a ve světě roste a stává se nepostradatelným nástrojem tzv. zdravé společnosti. Zdravotní gramotnost se projevuje například tím, že si člověk dovede informace prospěšné pro zdraví nejen opatřit, ale navíc se jimi i řídí, dokáže odhadnout, jestli svoje problémy se zdravím dokáže vyřešit sám, nebo je nutná návštěva lékaře. Zdravotně gramotný jedinec umí poskytnout první pomoc a nenechá se jen tak zviklat účinkem reklamy, má motivaci své zdraví posilovat a pečovat o ně (Zvírotsky 2007, s. 32).

Rozvoj zdravotní gramotnosti je podmínkou pro vznik zdravé společnosti, která je podle Kickbusch² definována vysokou střední délkou života, rychle se rozvíjejícím se zdravotním systémem, rostoucím podílem soukromého sektoru ve službách a výrobě souvisejícími se zdravím. K dalším definujícím prvkům patří zdraví jako důležitý zdravotní cíl, zdraví a zdravotní péče jako právo občanů a také jako důležité téma pro diskusi veřejnosti a politiků.

Holčík³ předkládá několik tezí, proč je rozvoj zdravotní gramotnosti tak významný. Uvádí zdravotní gramotnost jako součást základní výbavy pro život či jako

¹<http://www.ilonakickbusch.com/health-literacy/health-literacy-gastein.pdf>

²<http://www.ilonakickbusch.com/health-literacy/health-literacy-gastein.pdf>

³<http://www.medon-solutio.cz/online2012/index.php?linkID=txt20&lang=1>

jeden ze základních úkolů pro systém péče o zdraví. Holčík⁴ dále uvádí, že zdravotní gramotnost je významnou součástí sociálního kapitálu, nespornou ekonomickou prioritou či jedním z důležitých předpokladů k cestě ke zdraví. V uvedených tezích je zdůrazněna důležitost zdravotní gramotnosti jako součásti výchovy dětí, které si tak brzy osvojují potřebné návyky a dovednosti a vytváří správné postoje a názory k aktivitám potřebným pro jejich zdraví. Teze potvrzují nutnost rozvoje zdravotní gramotnosti, která přispívá ke zvýšení úrovně zdraví obyvatel a pomáhá lidem zlepšovat své zdraví a přijímat opatření posilující jejich zdraví. Nízká zdravotní gramotnost vede nejen k ekonomickým ztrátám (lidé nechodí na preventivní prohlídky, kontroly, nedodrží režimová opatření), ale podněcuje i rozdíly ve zdravotním stavu mezi jednotlivými sociálními skupinami.

Je nutné, aby zdravotní gramotnost lidí rostla a rozšiřovala se, aby se její efekt plně projevil ve zlepšujícím se zdravotním stavu obyvatel. Pokud bude úroveň zdravotní gramotnosti nízká, projeví se to nejen na zhoršení zdravotního stavu lidí, jejich vyšší nemocností, vyšším možném výskytu chronických nemocí a v neposlední řadě také na vyšších výdajích do zdravotnického systému a systému sociální péče.⁵

Cílem diplomové práce je zjistit, popsat, analyzovat a srovnat zdravotní gramotnost zdravotnických a nezdravotnických manažerů v regionu Kyjov. Těžiště práce tvoří kvantitativní výzkum, při kterém byla použita jako technika sběru dat dotazník. Výběrový vzorek tvořilo 126 respondentů, **z toho bylo** 60 zdravotnických a 66 nezdravotnických manažerů. K vyhodnocení dat byly použity základní metody deskriptivní statistiky. Výsledky z výzkumu jsou popsány v podkapitole 4.4 Výsledky výzkumu.

Diplomová práce je členěna do čtyř kapitol. První kapitola Zdravotní gramotnost a její role v péči o zdraví se zabývá rolí zdravotní gramotnosti v péči o zdraví. Jsou vymezeny pojmy zdraví a zdravotní gramotnost, je popsán model zdravotní gramotnosti a vazba zdravotní gramotnosti na cíle zdravotní politiky. V podkapitole 1.4 věnované shrnutí současného stavu poznání o zdravotní gramotnosti je možné se dočíst o výzkumu zdravotní gramotnosti jak v České republice, tak v zahraničí. Ve druhé kapitole Metody rozvoje zdravotní gramotnosti jsou popsány metody rozvoje

⁴ <http://www.medon-solutio.cz/online2012/index.php?linkID=txt20&lang=1>

⁵ <http://www.ilonakickbusch.com/health-literacy/health-literacy-gastein.pdf>

zdravotní gramotnosti, a to zdravotní výchova, podpora a prevence zdraví a zdravotní programy. Třetí kapitola diplomové práce Rozvíjení zdravotní gramotnosti manažerů se zabývá specifiky práce manažerů a potřebností rozvoje jejich zdravotní gramotnosti. V kapitole čtvrté Výzkum zdravotní gramotnosti jsou stanoveny metody a metodika kvantitativního výzkumu.

1 ZDRAVOTNÍ GRAMOTNOST A JEJÍ ROLE V PÉČI O ZDRAVÍ

Nepostradatelným aspektem péče o zdraví je zdravotní gramotnost, která se váže k základním informacím o zdraví a lidském organizmu a která se týká všech okolností souvisejících se zdravím a péčí o ně. Zvyšuje vliv lidí na své zdraví a posiluje jejich schopnost získávat a využívat informace a přijímat a nést svůj osobní díl odpovědnosti za stav svého zdraví (Holčík 2010, s. 7-9).

1.1 Vymezení pojmu zdraví a zdravotní gramotnost

Být zdravý významným způsobem přispívá ke kvalitě života (Křivohlavý 2009, s. 28–32). Co je vlastně zdraví a jak je možné ho popsat? Přesně definovat zdraví není úplně jednoduché. Původně slovo zdraví v řečtině i latině znamenalo celek, anglický ekvivalent vznikl ze staroanglického slova *hale*, které má bezprostřední vztah ke slovu *whole*, celý, celek (Holčík 2004, s. 23). V současné době se pojem celku opět objevuje v souvislosti s přístupem nazvaným *holismus*. O tom, že zdraví mělo význam i pro naše předky, vypovídá souvislost latinského názvu pro zdraví *salus, valetudo*, ze kterých vznikl pozdrav (Zvírotsky 2009, s. 13).

Nejčastější definice je definice WHO⁶, která říká, že „zdraví stav úplné tělesné, duševní a sociální pohody a nejen nepřítomnost nemoci.“ Nejedná se však o definici v pravém slova smyslu, ale pouze část ústavy WHO přijaté v roce 1946. Lze však uvést i jiné definice, kde například Holčík (2010, s. 15) chápe zdraví jako stupnici, kde na jednom jejím konci je plný zdravotní potenciál, jako nejvyšší stupeň zdraví, kterého může jedinec dosáhnout, a na druhém konci je smrt. Tato stupnice může být rozdělena na několik úseků od naprostého zdraví, přes mírné poruchy zdraví k významnějším až po bezvědomí a smrt. Bureš (in Holčík 2005, s. 13) zase definuje zdraví jako potenciál vlastností (schopností) člověka vyrovnat se s nároky (působením) vnitřního i zevního prostředí bez narušení životních funkcí. Křivohlavý (2009, s. 40) vytvořil vlastní

⁶ http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0005/98438/e81384.pdf

novou definici s ohledem na vztah zdraví a kvalitu zdraví, kde říká, že „zdraví je celkový (tělesný, psychický, sociální a duchovní) stav člověka, který mu umožňuje dosahovat optimální kvality života a není překážkou obdobnému snažení druhých lidí.“

Zdraví má několik modelů, které usnadňují studium zdraví v jeho dynamice a v návaznosti na jeho determinanty (Vokurka 2005, s. 573). Holčík (2004, s. 25) uvádí například model biomedicínský, kde hlavní roli hrají symptomy nemoci, diagnostická kritéria, dostupnost vyšetření či vhodná terapie a stav nepřítomnosti nemoci je považován za zdraví. Tento model byl v návaznosti na rozvoj sociologie a celé řady humanitních oborů doplňován o model sociologický, všímající si společenské role člověka. Dalším modelem, který Holčík (2004, s. 25) popisuje, je humanitní model, který vyzvedává morální a volní stránku existence člověka, nebo model behaviorální, respektující význam chování pro zdraví lidí a snažící se využívat zjištěných poznatků jak ke zlepšení zdraví, tak ke zvýšení kvality života. Holčík (2004, s. 25) dále ještě uvádí ekologicko-sociální model zdraví, který se snaží postihnout zdraví lidí v plné šíři, a to i s jeho determinantami.

Zdraví je utvářeno působením různých vnitřních a vnějších faktorů, které jsou obecně nazývány jako determinanty zdraví. Podle slovníku se jedná o „souhrn jevů a podmínek, které určují či ovlivňují zdraví. Zahrnují širokou škálu osobních sociálních a ekonomických faktorů i charakteristik životního prostředí.“ (Vokurka 2005, s. 186) Jako čtyři základní determinanty jsou zpravidla uváděny tyto (Holčík 2010, s. 58): a) životní styl, který ovlivňuje zdraví asi ve 40 %; b) životní prostředí, jehož vliv se odhaduje na 30 %; c) zdravotnické služby, které ovlivňují zdraví lidí z 20 % a d) genetický základ, jehož vliv je asi 10 %. Procentuální významnost je dána pouze odhadem a také se v různých informačních zdrojích liší, protože v různých situacích mohou determinanty působit na člověka jinak (Machová 2009, s. 13). Zvírotsky (2009, s. 59) zdůrazňuje, že jednotlivé faktory jsou ovlivňovány životním prostředím a zdravotní péčí a vzájemně se mohou posilovat nebo oslabovat. Nepůsobí tedy na člověka izolovaně, ale ve složité vzájemné interakci. Světová zdravotnická organizace (dále jen WHO) založila v roce 2005 Komisi pro sociální determinanty složenou z odborníků, která měla za úkol zpracovat sociální determinanty zdraví, které jsou příčinou špatného zdraví a způsobují nespravedlivé rozdíly ve zdraví, a to jak mezi zeměmi, tak uvnitř jednotlivých zemí. V práci *Closing the gap in a generation* –

health equity through action on the social determinants of health definuje deset základních sociálních determinant, kterými jde omezit nepříznivý vliv sociálních podmínek: sociální gradient, stres, časný život, sociální vyloučení, zaměstnání, nezaměstnanost, sociální podpora, závislosti, stravování, doprava.⁷ Podle Holčíka (2010, s. 59) nejvýraznější determinantou zdraví je sám člověk, který je schopen jak své zdraví udržovat a posilovat, tak ho naopak poškozovat, anebo dokonce ničit.

K vymezení pojmu zdravotní gramotnost je nejdříve nutné správně pochopit pojem gramotnost. Podle slovníku cizích slov (Linhart 2007, s. 139) jde o znalost čtení a psaní. Zvírotsky (2007, s. 32) ji uvádí jako gramotnost primární. Zároveň doplňuje také gramotnost sekundární, kam patří například gramotnost počítačová, informační, finanční, jazyková, přírodovědecká, ale i zdravotní. První, kdo použil termín zdravotní gramotnost, byl v roce 1974 Sidmons, který požadoval doplnění učebních osnov, aby žáci dosáhli vyšší gramotnosti v oblasti zdraví (Holčík 2010, s. 152).

Jak je tedy možné zdravotní gramotnost definovat? Centrum pro strategii zdravotní péče definuje zdravotní gramotnost jako schopnost číst, rozumět a jednat na základě zdravotních informací (Holčík 2010, s. 152). Podle Health Promotion Glossary vydaného Světovou zdravotnickou organizací v roce 1998⁸ je „zdravotní gramotnost kognitivní a sociální dovednost, která determinuje motivaci a schopnost jednotlivců získávat přístup ke zdravotním informacím, rozumět jim a využívat je k rozvoji a udržení dobrého zdraví“. Pátý světový kongres Světové zdravotnické organizace definuje zdravotní gramotnost jako schopnost přijímat správná rozhodnutí mající vztah ke zdraví v kontextu každodenního života – doma, ve společnosti, na pracovišti, ve zdravotnických zařízeních, v obchodě i politice. Je to důležitá metoda zvyšující vliv lidí na své vlastní zdraví a posilující jejich schopnost získávat a využívat informace i přijímat a nést svůj osobní díl odpovědnosti (Holčík 2010, s. 154). Lze uvést i krátkou, ale výstižnou definici zdravotní gramotnosti (Holčík 2010, s. 153): „Zdravotní gramotnost je schopnost činit správná zdravotní rozhodnutí v kontextu každodenního života.“

⁷ http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0005/98438/e81384.pdf

⁸ http://whqlibdoc.who.int/hq/1998/WHO_HPR_HEP_98.1.pdf

1.2 Modely zdravotní gramotnosti

Holčík (2010, s. 159-160) předkládá model zdravotní gramotnosti podle Dona Nutbeama. Tento model zahrnuje tři úrovně zdravotní gramotnosti: 1. funkční, 2. interaktivní a 3. kritickou. **Funkční zdravotní gramotnost** se týká výsledku tradiční zdravotní výchovy, poskytuje informace o zdravotních rizicích a o tom, jak se chovat ve zdravotnickém systému. Cílem je rozšířit a prohloubit znalosti lidí o zdravotních rizikových faktorech a vést je k ochotě přijímat předepsaná opatření. Patří sem například účast na očkování, dodržování harmonogramu preventivních prohlídek.

Cílem **interaktivní zdravotní gramotnosti** je rozvíjet schopnosti občanů jednat samostatně, zejména posílit jejich motivaci a odpovědnost při respektování pokynů o zdraví. Nejde tedy jen o poslušnost a snahu vyhovět všem dobře míněným radám zdravotníků, ale o rozvoj svébytnosti a samostatnosti při rozhodování, o upevňování vnitřní motivace ve snaze přispět ke zlepšení zdraví (Holčík 2010, s. 159). Jak píše i Zvírotsky (2007, s. 32-33), předpokládá se čínorodý přístup občanů, kteří se stávají rovnocennými partnery zdravotníků a jsou motivováni své zdraví posilovat a chránit. Patří sem například činnost svépomocných skupin pacientů. **Kritická zdravotní gramotnost** představuje nejvyšší úroveň zdravotní gramotnosti, rozvíjí u jedinců takové schopnosti, které se týkají jak jejich individuálního chování, tak sociálně a politicky orientovaných činností, jejichž smyslem je podílet se na vytváření zdravotně příznivého zdravotně sociálního prostředí (Holčík 2010, s. 159).

Dalším model, který Holčík (2010, s. 162) uvádí, je model zdravotní gramotnosti, který vychází z rozdělení zdravotních informací podle amerického ministerstva zdravotnictví (*Unisted States Department of Health and Human Services*) na tři základní skupiny. První skupinu tvoří osobní zdravotní dimenze, kde informace přispívají k ochraně a upevňování zdraví jedince a k jeho rozhodování v systému zdravotnických služeb. Ve druhé skupině s názvem Zdravotnická dimenze, jsou informace určeny pracovníkům ve zdravotnictví a týkají se převážně zvyšování kvality a hospodárnosti poskytovaných zdravotnických služeb. Populační dimenze tvoří třetí skupinu a informace jsou dostupné široké občanské veřejnosti a zahrnují údaje o zdravotním stavu populace, o determinantách zdraví a o možnostech, jak zlepšit zdraví (viz též Holčík, Koupilová 2001, s. 3-4). Kickbusch⁹ uvádí rozdělení

⁹ <http://www.ilonakickbusch.com/health-literacy/health-literacy-gastein.pdf>

zdravotní gramotnosti do tří skupin podle Národní rady spotřebitelů ve Velké Británii, a to Orientace ve zdravotnickém systému, Aktivní péče o vlastní zdraví a Účast na rozhodování.

Lze shrnout, že modely zdravotní gramotnosti jsou myšlenkové konstrukce, s jejichž pomocí si lze snadněji uvědomit hlavní komponenty zdravotní gramotnosti, jednotlivé hladiny úrovně zdravotní gramotnosti, některé dynamické vazby i možnosti měření a hodnocení zdravotní gramotnosti (Holčík 2010, s. 159).

1.3 Vazba zdravotní gramotnosti na cíle zdravotní politiky

Zdravotní politika znamená souhrn politických aktivit, které mají vliv na zdraví lidí a společenských skupin (Gladkij 2003, s. 11). Zdravotní politika je realizována systémem zákonů, norem a standardů, efektivním alokováním finančních prostředků, zlepšením hospodárnosti poskytování zdravotní péče, ale i prostřednictvím státních, veřejných a soukromých institucí, které se na péči o zdraví podílí přímo, nebo svojí činností či svým rozhodováním zdraví lidí ovlivňují (Gladkij 2003, s. 11-19).

Hlavní úlohu má stát, který má vytvářet podmínky pro plnění definovaných cílů zdravotní politiky tím, že tvoří koncepci zdravotní péče, zajišťuje přístup občanům ke zdravotní péči, sladuje zájmy jednotlivých účastníků na systému zdravotní péče a odpovídá za efektivní využívání prostředků vynaložených na zdravotní péči. Jeho dalším úkolem je zvýšení motivace obyvatel k ochraně vlastního zdraví, řešení ekologických problémů, tvorba legislativní a ekonomické podpory zdravého způsobu života. Mezi tyto úkoly patří také zvyšování úlohy obcí a regionů v péči o zdraví, zajišťování zvýšené péče o potřeby rizikových skupin a vytváření soustavy veřejného zdravotnictví (Gladkij 2002, s. 3-13).

Cílem zdravotní politiky je soustavně zlepšovat celkové zdraví lidí minimalizací výskytu poruch zdraví, jež působí zhoršení kvality života a ohrožují předčasnou smrtí (Taftl 2012, s. 1). Tato činnost se netýká pouze poskytování zdravotní péče, ale zasahuje i do oblasti sociální péče, školství či ochrany životního prostředí. Podle Holčíka (2010, s. 173-174) je možné pojmem zdravotní politika nazvat všechna opatření, která se navrhuje, realizují a hodnotí v oblasti péče o zdraví. Zdravotní politika má ve svých důsledcích dlouhodobý charakter a stanovuje opatření

s výhledem do budoucnosti. Vychází zpravidla z dlouhodobých problémů, které omezují zlepšování zdravotního stavu lidí, jako je například trvalý nárůst chronických onemocnění.

Podle Holčíka (2010, s. 173-175) je možné na problém nárůstu chronických onemocnění reagovat čtyřmi základními způsoby. Prvním je vložení dalších peněz do systému zdravotnictví, který tak umožní poskytovat větší počet zdravotnických služeb. Náklady na zdravotnictví však nelze zvyšovat do nekonečna, jejich výše je omezena jak výkonností ekonomiky státu, tak naléhavostí nákladů v jiných rezortech. Druhá možnost dává lepší využití prostředků vložených do zdravotnictví, které tak zvýší hospodárnost zdravotnictví. Jde o to jednak zlevnit nebo omezit zdravotnické služby, které jsou poskytovány, ale také pečlivě zvážit, které další zdravotní služby přicházejí v úvahu. Je nutné zamezit plýtvání prostředků vkládaných do zdravotnického systému promyšlenou organizací zdravotnických zařízení do funkčního celku. Třetím, ale nepopulárním krokem je omezení dostupnosti zdravotnických služeb, který může být určován ekonomickými limity, jejichž nedodržení je provázeno sankcemi, zdůvodňováním, zaváděním nápravných opatření. Jsou rozpracovány a široce aplikovány metody řízeného poskytování zdravotnických služeb (*rationing*). Implicitní rationing je často ovlivněn ekonomickým tlakem ze strany manažerů a spočívá v odkládání poskytnutí zdravotnické služby. Za případné negativní důsledky takového postupu nese odpovědnost lékař. Explicitní rationing je založen na rozhodnutí, které zdravotnické služby budou poskytovány běžně (hrazeny ze zdravotního pojištění) a které s určitým omezením. Za toto opatření nese odpovědnost ten, kdo schválil seznam omezující poskytování některých zdravotnických služeb. Čtvrtým způsobem je všeobecné zlepšení zdraví lidí. Bylo by to ideální řešení, které by znamenalo, že méně chronicky nemocných by využívalo zdravotnických služeb a zdravotnictví by se tak mohlo soustředit především na akutní zdravotní problémy. Takové opatření však úzce souvisí s determinantami zdraví a jejich ovlivňováním vlastním chováním lidí.

Žádné činnosti ovlivňující zdraví se neobejdou bez aktivního přístupu každého občana. K tomu, aby mohl ovlivnit své zdraví, potřebuje informace a motivaci starat se o své zdraví, přijímat rozhodnutí ke správnému životnímu stylu a přijmout odpovědnost za své zdraví (Gladkij 2003, s. 11-19). Domnívám se, že Růst zdravotní gramotnosti u všech občanů, zejména u představitelů veřejné politiky, kteří svými

rozhodnutími více či méně ovlivňují veřejné zdraví, je stěžejním úkolem zdravotní politiky státu (srov. Holčík 2010, s. 176)

1.4 Shrnutí současného stavu poznání o zdravotní gramotnosti

V následující podkapitole jsou srovnány poznatky o zkoumání zdravotní gramotnosti z výzkumů provedených v České republice a v zahraničí.

1.4.1 Zkoumání zdravotní gramotnosti v České republice

V letech 2003 – 2005 probíhal projekt s názvem Zdravotní gramotnost (Závěrečná zpráva o řešení programového projektu s. 2), jehož řešitelem byl MUDr. Jan Holčík, DrSc., profesor lékařské fakulty Masarykovy univerzity v Brně. Řešitelé projektu se pokusili oslovit základní populační skupiny, které se více či méně podílejí na aktivitách v rozsáhlé oblasti péče o zdraví, a to politiky, zdravotnické organizátory, odbornou zdravotnickou veřejnost i občany. Projekt byl členěn do pěti částí: Program Zdraví 21, potřeba kvalifikované diskuse o ekonomických, organizačních a hodnotových aspektech zdravotní politiky, rozvoj zdravotní gramotnosti v oblasti výchovy ke zdraví, výuky a odborné přípravy, nezbytnost mezioborové a mezinárodní spolupráce v oblasti zdravotní gramotnosti a zjištění postojů posluchačů Lékařské fakulty Masarykovy univerzity v Brně ke zdravotní gramotnosti. V rámci řešení projektu byly vydány odborné texty, podkladové materiály a publikace. Projekt přispěl k rozvoji zdravotní gramotnosti prostřednictvím teoretické analýzy, zhodnocením zdravotní gramotnosti u vzorku studentů medicíny a publikováním explanativních textů pro zdravotníky a všechny občany.

Výzkumu zdravotní gramotnosti se dále věnovali řešitelé projektu pro ILOL (*Institute for Lifestyl Options and Longevity*) pod vedením doc. Ing. Marie Příbové, CSc., vedoucí výzkumného týmu. Pro vznik projektu uvádí jeho řešitelé několik důvodů. Jedním je špatná a nedostatečná komunikace, která může způsobit vážné problémy a nižší efektivitu ve všech oblastech života, včetně zdravotní péče. Druhým důvodem je rostoucí význam zdraví jako hlavní životní hodnoty, kterou je třeba podporovat účinnými politikami a činnostmi jak na evropské, tak na celosvětové

úrovni. Třetím důvodem je narůstající význam zapojení pacientů do rozhodování o svém zdraví a poskytované zdravotní péči a čtvrtým důvodem je existence několika aspektů zdraví obyvatelstva, které vyžadují nový přístup. Jsou to například demografické změny obyvatelstva, které ovlivňují potřebu poskytování zdravotní péče, pandemie jak fyzické tak biologické povahy představující potenciální hrozbu pro zdraví, změny týkající se poskytování zdravotní péče ovlivněné rychlým vývojem technologií.

Výzkumný tým pro ILOL vyvinul nový model zdravotní gramotnosti, který je blízký interaktivní úrovni zdravotní gramotnosti podle Nutbeam, tzn., že zdravotní gramotnost zahrnuje znalost chorobných procesů, sebedůvěru a motivaci jednat proaktivně. Výzkumný tým si vytýčil pro měření zdravotní gramotnosti pět charakteristik. Prvním je edukace, především, sebevzdělání, či získávání informací před návštěvou lékaře, které mohou pacienti získat v časopisech, knihách, nebo například na webových portálech. Druhým charakteristickým prvkem je očekávání, tedy očekávání informací poskytovaných zdravotnickými pracovníky, které lze podle výzkumného týmu interpretovat jako zájem pacienta na procesu poskytování zdravotní péče a jako indikátor jeho aktivity. Množství očekávaných informací a schopnost jejich porozumění pacienty je ovlivněno jejich úrovní informovanosti v oblasti poskytování zdravotní péče. Třetím prvkem je ochota podílet se na rozhodování o další terapii. Tento prvek zahrnuje porozumění pacienta jeho zdravotním problémům, možnostem a variantám léčby, jejích rizik a limitů.

Čtvrtým prvkem je spoluúčast jako ochota platit za zdravotní péči a vyjádřit tak míru osobní investice do zlepšení zdravotního stavu. Je spojena s ekonomickou a životní úrovní společnosti (někteří lidé nemají peníze na zaplacení služby zdravotní péče), se systémem zdravotního pojištění používaným v minulosti, s politickou situací v zemi a s kulturním systémem. Posledním prvkem stanoveným výzkumným týmem je schopnost pacienta reagovat při nespokojenosti se zdravotnickými pracovníky či způsobem léčby. Profese zdravotníků a zvláště lékařů je vysoce společensky hodnocena a ne každý pacient je schopen vyjádřit svůj názor s postupem léčby. Jde o to překonat stud a snažit se komunikovat na téma, které ho zajímá.

Výsledkem výzkumné činnosti týmu bylo určení úrovně zdravotní gramotnosti respondentů na 56 %. Sběr informací byl prováděn pomocí dotazníku umístěného na

internetu, což jistě mělo význam pro účast většího počtu mladších respondentů. Studie byla pilotní a zúčastnilo se jí 1 530 respondentů (Příbová 2008, Research paper).

1.4.2 Výzkum zdravotní gramotnosti v zahraničí

Zpráva o zdravotní gramotnosti v Kanadě byla vydána v roce 2007 a ukázala, že více než polovina Kanadčanů produktivním věku (55 %) měla nižší než adekvátní zdravotní gramotnost a v populaci nad 65 let to bylo dokonce 85 % občanů (Holčík 2010, s. 167-170).

Každých 10 let pořádá US *Department of Education* měření pro dokumentování stavu úrovně gramotnosti americké veřejnosti s názvem *the National Assessment of Adult Literacy* (NAAL). Poslední měření provedené v roce 2003, kterého se zúčastnilo 19 000 Američanů, poskytuje komplexní pohled na gramotnost i zdravotní gramotnost, jejíž úroveň byla hodnocena jako vysoká a dále směrem dolů střední, základní a nedostačující, tedy nedosahující ani základní úrovně. Pro zjištění úrovně zdravotní gramotnosti měli respondenti splnit určité úkoly. Při vysoké úrovni měli být schopni vyhledat informace pro vysvětlení určitého lékařského termínu nebo vyhodnotit dostupné informace a určit, jaký právní dokument se vztahuje ke konkrétní situaci týkající se zdravotní péče. Střední úrovně dosáhl ten, kdo byl schopen například najít vhodnou váhu pro člověka s určenou výškou na základě grafu pro BMI (Body Mass Index). Pro základní úroveň zdravotní gramotnosti měli respondenti na základě textu brožury najít důvody pro testování přítomnosti chronické nemoci, i když se zatím nevyskytly žádné její příznaky. Pro nejnižší popisovanou úroveň stačilo z brožury vyčíst a identifikovat, například, co je možné pít před vyšetření (Weiss 2007, s. 9). Respondenti vykazovali 53% úroveň na střední, 12% vysoké, 22% základní zdravotní gramotnost a 14% nevykázalo ani základní úroveň zdravotní gramotnosti. Vyšší zdravotní gramotnost vykazovaly ženy, vysokoškolsky vzdělaní lidé a lidé anglicky mluvící.¹⁰ Na další výzkumy zdravotní gramotnosti odkazuje *The National Institutes of Health*.¹¹

¹⁰ <http://nces.ed.gov/pubsearch/pubsinfo.asp?pubid=2006483>

¹¹ <http://www.nih.gov/> a <http://clinicaltrials.gov/search/open/term=%22health+literacy%22>

2 METODY ROZVOJE ZDRAVOTNÍ GRAMOTNOSTI

Zdravotní gramotnost umožňuje lidem získávat, hodnotit a využívat informace tak, aby mohli příznivě ovlivnit svůj zdravotní osud. Na všech lidech záleží, zda budou zdraví, proto je tak důležitý rozvoj zdravotní gramotnosti, která spočívá v tom, zda a do jaké míry si lidé uvědomují hodnotu zdraví a co jsou schopni pro zdraví své i ostatních lidí skutečně udělat (Holčík 2010, s. 8-9).

2.1 Zdravotní výchova

Zdravotní výchova tvoří základní součást podpory zdraví a péče o zdraví. Podle Holčíka (2010, s. 116) ji lze pojímat jako: souhrn výchovně-vzdělávacích aktivit zaměřených na duševní, tělesný i sociální rozvoj lidí se záměrem přispět ke zlepšení zdraví jedinců, skupin i celé společnosti.

Výchova ke zdraví je v české legislativě specifikována ve smyslu zákona č. 258/2000 Sb., o ochraně veřejného zdraví, jako součást činnosti zdravotních ústavů a Státního zdravotního ústavu. V § 86 se píše: „jmenované ústavy se podílejí na provádění místních programů ochrany a podpory zdraví, jakož i na výchově k podpoře a ochraně veřejného zdraví“.

2.1.1 Obsah zdravotní výchovy

Obsahem zdravotní výchovy jsou tři tematické okruhy (Draper in Holčík 2010, s. 117). Prvním je výchova a vzdělávání týkající se lidského těla a postupů, jak o ně pečovat. Druhým okruhem jsou informace o zdravotnickém systému, jaké zdravotnické služby, proč a kdy mohou být užitečné, komu a za jakých okolností jsou poskytovány. Třetím je výchova a vzdělávání věnované širším problémům a východiskům zdravotní politiky, možnostem zdravotních aktivit v národním i lokálním měřítku a všem dalším okolnostem, které zdravotní podmínky a zdraví lidí významně ovlivňují.

2.1.2 Typy zdravotní výchovy

Holčík (2010, s. 115–124) uvádí tři typy zdravotní výchovy, a to tradiční zdravotní výchovu, zdravotní výchovu zaměřenou na rizikové faktory a zdravotní výchovu orientovanou na zdraví. Tradiční zdravotní výchova, dříve tzv. zdravotnická osvěta, je orientovaná především na pacienta a nemoc. Pacienti jsou lékaři poučováni, přesvědčováni a motivováni k náležitému chování. Podmínkou samozřejmě je, že pacienti takové informace přijmou a chovají se podle nich. Může se však stát, že poučení je pro ně nesrozumitelné, nedostačující, neodpovídá jejich vzdělání či komunikačním zvyklostem. Pacienti se pak chovají podle svého a lékařům se zdají být neposlušní.

Zdravotní výchova zaměřená na rizikové faktory klade důraz na preventivní a populační přístup a na charakteristiky životního prostředí. Vzhledem k tomu, že většina rizikových faktorů je ovlivnitelná vlastním chováním, jsou lidé vybízeni ke zdravějšímu způsobu života, ke zvýšené pohybové aktivitě, ke zdravé stravě a podobně. Není vždy v moci lidí rizikové faktory ovlivnit, proto má zdravotní výchova širší oblast působení a snaží se působit i na okolnosti vedoucí ke vzniku rizikových faktorů nebo přímo na instituce či osobnosti, které mohou situaci změnit (Holčík 2010, s. 115–124).

Zdravotní výchova orientovaná na zdraví nebo také výchova ke zdraví, klade důraz na pozitivní motivaci. Zdraví zde není uváděno jen jako nepřítomnost nemoci, ale jako důležitá životní hodnota, kterou má smysl poznávat, uvědomit si, co ovlivňuje, a pro kterou stojí za to něco užitečného udělat. Cílem je aktivní a odpovědný občan, který si váží zdraví, dokáže se orientovat, vyhledat potřebné informace a popřípadě se poradit s vhodnými odborníky (Holčík 2010, s. 115–124).

Jak píše Zvírotsky (2009, s. 54–57), význam a důležitost výchovy ke zdraví dokládá i její uplatnění v rámcových vzdělávacích programech a ve školských osnovách, kde jako jeden z cílů základního vzdělávání zní: učit žáky aktivně rozvíjet a chránit fyzické, duševní a sociální zdraví a být za ně odpovědný. Tento cíl je například součástí rámcových vzdělávacích programů s názvem Člověk a zdraví, Člověk a příroda a Člověk a jeho svět.

Výchova ke zdraví má v zahraničí různou podobu, například v zemích bývalého Sovětského svazu je uplatňována výchova ke zdravému způsobu života, tzv.

valeologie, ve španělsky a francouzsky mluvících zemích je to podobný obor – *sofrologie*. V USA a Velké Británii je uplatňován termín *health promotion*.

2.2 Podpora a prevence zdraví

Tato podkapitola se věnuje podpoře zdraví a prevenci jako významným metodám důležitým pro rozvoj zdravotní gramotnosti.

2.2.1 Podpora zdraví

Smyslem programu podpory zdraví je rozšířit možnosti lidí podílet se na ochraně a posilování svého zdraví, realizovat a rozvíjet zdravý životní styl (Holčík 2005, s. 52). Podle Kebzy¹² se podpora zdraví začala utvářet v průběhu 70. let minulého století jako reakce na nízkou účinnost tradičních postupů zdravotní výchovy, narůstající nespokojenost se stávající zdravotní péčí vyžadující stále vyšší náklady na úhradu svého provozu či nárůst chronických neinfekčních nemocí, jejichž příčina je vysokou mírou ovlivněna životním stylem. Dalším důvodem vzniku zdravotní výchovy byl rozvoj behaviorálních věd a možnosti uplatnění jejich výsledků v medicíně, vznik vědní disciplíny psychologie zdraví a zdokonalení možností mezilidské komunikace a s tím související rozvoj svépomocných skupin a občanských hnutí.

V roce 1980 byla vytvořena evropská strategie regionální strategie Zdraví pro všechny do roku 2000. Vlastní program podpory zdraví – *Health promotion* byl zahájen 1. ledna 1984 v Evropské úřadovně Světové zdravotnické organizace. Zahrnuje množství preventivně orientovaných zdravotnických činností, při kterých je nutná spolupráce s veřejností, jako například plánované rodičovství, boj proti kouření apod. Základní principy podpory zdraví říkají, že se orientuje na celou populaci a podmínky její existence, věnuje se zejména takovým opatřením, která postihují determinanty zdraví, usiluje o účast veřejnosti a zdůrazňuje důležitou roli zdravotnických pracovníků jak v základní zdravotní péči, tak v jejím dalším rozvoji. V popředí zájmu podpory zdraví stojí pomáhat lidem správně si zvolit životní styl vedoucí ke zdraví, připívat k ochraně a tvorbě zdravého životního prostředí, posilovat

¹² <http://www.prohuman.sk/psychologia/podpora-zdravi-historie-a-soucasnost-ve-svete-a-v-cr>

sociální vazby, potřebnou spolupráci a šíření informací majících vztah ke zdraví (Holčík 2005, s. 52-53).

Důležitým dokumentem pro program *health promotion* byla Ottawská charta posilování a rozvoje zdraví přijatá na mezinárodní konferenci v roce 1986 s cílem splnit záměry programu Zdraví pro všechny do roku 2000. Zdůrazňuje se zde, že důležitou podmínkou a předpokladem pro zdraví je mír, obydlí, vzdělání, potrava, příjem, stabilní ekosystém, dostatečné zdroje, rovnoprávnost a sociální spravedlnost. Posilovat a rozvíjet zdraví znamená vytvořit zdravotní politiku, vytvořit příznivé životní prostředí, zvyšovat společenskou aktivitu, rozvíjet osobní schopnosti a nově orientovat zdravotnické služby.¹³

Programu podpory zdraví se věnovaly i další mezinárodní konference. V roce 1988 konference v Adelaide doporučuje, aby Světová zdravotnická organizace pokračovala v rozvoji posilování a podpory zdraví v návaznosti na Ottawskou chartu. Konference v Sundsvallu v roce 1991 se věnovala vytváření životního prostředí příznivého pro zdraví. Jakartská deklarace o vstupu *health promotion* do 21. století byla přijata na čtvrté mezinárodní konferenci o posilování a rozvoji zdraví pořádané v roce 1997 v Jakartě. Pátá globální konference věnovaná *health promotion* se konala v Mexico City v roce 2000 a šestá v Bangkoku, kde byla přijata dohoda zdůrazňující měnící se kontext globálního zdraví, která identifikuje hlavní cíle v oblasti podpory zdraví a aktivity směřující k jejich dosažení.

V České republice je podpora a ochrana veřejného zdraví zakotvena v zákoně č. 258/2000 Sb., o ochraně veřejného zdraví, kde se v úvodu deklaruje, že „ochrana a podpora veřejného zdraví je souhrn činností a opatření k vytváření a ochraně zdravých životních a pracovních podmínek a zabránění šíření infekčních a hromadně se vyskytujících onemocnění, ohrožení zdraví v souvislosti s vykonávanou prací, vzniku nemocí souvisejících s prací a jiných významných poruch zdraví a dozoru nad jejich zachováním.“¹⁴

¹³ <http://www.who.int/healthpromotion/conferences/previous/ottawa/en/index1.html>

¹⁴ <http://www.tzb-info.cz/pravni-predpisy/zakon-c-258-2000-sb-o-ochrane-verejneho-zdravi-a-o-zmene-nekterych-souvisejicich-zakonu>

2.2.2 Prevence

Zdraví je výsledkem působení různých vnějších a vnitřních faktorů – determinant, které je možné více či méně ovlivnit pomocí preventivních opatření, která úzce souvisí s výchovou ke zdraví. Prevenci je zaměřena proti nemocem a snaží se jim předcházet. Její intervence jsou aplikovány na úrovni jedince nebo společnosti. Podle času lze prevenci rozdělit na prevenci primární, sekundární a terciální. Primární prevence se uplatňuje tehdy, kdy nemoc ještě nevznikla. Obsahuje činnosti sanogenní, které jsou zaměřeny na ochranu, podporu a rozvoj zdraví a na činnosti protektivní, které jsou zaměřeny na přecházení vzniku nemocem (Holčík 2010, s. 282-284, Vokurka 2005, s. 734).

Specifická primární prevence (s účinkem protektivním) předchází vzniku konkrétní nemoci (očkování), nespecifická (s účinkem sanogenním) má za úkol svými aktivitami podporovat zdravý životní styl, osvojovat pozitivní sociální chování, vést lidi k odpovědnosti za své jednání ovlivňující své zdraví. Sekundární prevence spočívá v časně diagnostice a účinné léčbě. Patří sem preventivní prohlídky zaměřující se na vyhledávání časných příznaků nemoci s cílem předejít nežádoucímu průběhu nemoci a jejím komplikacím, depistáže vybraných skupin obyvatel, screeniny (například novorozenecký screening) nebo například mamografické vyšetření prsu či vyšetření stolice na okultní krvácení. Terciální prevence se zaměřuje na prevenci následků nemocí, vad či handicapů, s cílem minimalizovat jejich následky a pracovní a sociální důsledky, například resocializace pacientů vyléčených ze závislosti na návykových látkách (Holčík 2010, s. 282-284, Vokurka 2005, s. 734).

2.3 Zdravotní programy

Péče o zdraví a podpora péče o zdraví nespádá jen do rozhodování zdravotního rezortu, ale vyžaduje další spolupráci i ostatních oblastí, jejichž činnost má na zdraví lidí vliv. Aby aktivity, které se péčí o zdraví věnují, měly patřičný efekt, musí se metodicky zpracovat do programu a prosazovat je jako celek (Holčík 2010, s. 177).

Holčík (2010, s. 177-178) dále píše, že základním smyslem zdravotních programů je zlepšit zdraví lidí, čehož se snaží dosáhnout pomocí následujících úkolů. Nejprve je nutné vyjasnit povahu existujících zdravotních problémů v návaznosti

na politicko-ekonomické a sociálně-kulturní poměry. Druhým úkolem je stanovit prioritu problémů a vypracovat alternativní strategie realizace zdravotních programů. Třetím úkolem je určit územní oblasti, popřípadě populační skupiny, které naléhavě vyžadují zavedení programu. Čtvrtý úkol má za cíl zlepšit kvalitu systému péče o zdraví a úkol pátý má naučit zdravotníky a širší občanskou veřejnost myslet systémově, tj. problémově, kvantitativně a kvalitativně, preventivně a ekonomicky, při respektování sociální spravedlnosti. Zdravotní programy lze rozlišovat podle délky (krátkodobé, střednědobé a dlouhodobé), podle toho, na kterou diagnostickou skupinu jsou orientovány (nozologicko-kategoriální), popřípadě na kterou část populace jsou zaměřeny (např. senioři), ale také podle použitých metod (preventivní, diagnosticko-terapeutické). Jeden z úspěšných programů WHO je program eradikace černých neštovic, který byl zahájen v roce 1950 v Americe. Jeho úspěšnost byla potvrzena Světovým zdravotnickým prohlášením v roce 1980 a ve stejném roce bylo zastaveno očkování proti černým neštovicím. Jako další programy lze uvést například program MONICA (monitorování kardiovaskulárních nemocí), CINDI (program prevence neinfekčních onemocnění), program Zdravá města, Škola podporující zdraví apod. (Holčík 2010, 177-178)).

Nejvýznamnějším programem směřujícím ke zlepšení zdraví lidí je program WHO Zdraví 21 – zdraví pro všechny do 21. století schválený v roce 1998. V České republice byl vyjádřen v programovém prohlášení vlády dne 30. října 2002 – usnesení vlády č. 1046 pod názvem Dlouhodobý program zlepšování zdravotního stavu obyvatelstva ČR – Zdraví pro všechny v 21. století. Program je založen na pěti principech: ekvita, solidarita, trvalá udržitelnost, etická volba a vlastní účast. Jeho hlavním cílem je dosáhnout plného zdravotního potenciálu pro všechny. Realizaci programu mají umožnit čtyři základní postupy. Prvním z nich je mezirezortní strategie postihující determinanty zdraví a beroucí v úvahu zdravotní, ekonomické, sociální, kulturní a další okolnosti a soustavně hodnotící zdravotní dopad přijatých opatření. Druhým je příprava a realizace programů zaměřených na zdravotní výsledky a důsledné hodnocení investic do zdraví z hlediska jejich přínosu. Třetí postup umožňující realizaci programu je zaměření integrované základní zdravotní péče na rodinu a celé společenství podporované pružným a citlivým nemocničním systémem. Čtvrtý realizační postup znamená participace na zdravotním rozvoji, jehož prostřednictvím bude rozvíjena účast všech, kteří mohou ke zdraví lidí přispět, jako

například rodin, škol, pracovišť, přičemž smyslem je posílit společné rozhodování, realizaci a odpovědnost. Program má 21 cílů.¹⁵

Při jednání Regionálního výboru Světové zdravotní organizace pro Evropu na Maltě dne 12. září 2012 přijali ministři zdravotnictví evropských zemí novou strategii na podporu zdraví a blahobytu „Zdraví 2020“, která podporuje integraci a harmonizaci aktivit směřujících k podpoře zdraví a blahobytu napříč odvětvími na lokální, národní i mezinárodní úrovni. Strategie se zaměřuje na hlavní problémy 53 členských států regionu, především na nerovnosti ve zdraví, finanční krizi a související snižování veřejných výdajů ve zdravotnictví a nárůst výskytu chronických neinfekčních onemocnění. Přijetí nové strategie vychází z předpokladu, že další vývoj veřejného zdravotnictví je možný pouze za spolupráce všech složek společnosti a všech úrovní státní správy¹⁶

Významným evropským programovým dokumentem je Bílá kniha Komise evropských společenství, Společně pro zdraví: strategický přístup pro EU na období 2008 – 2013, schválená v Bruselu 23. 10. 2010. Bílá kniha¹⁷ navrhuje čtyři základní principy činnosti EU v oblasti zdraví. Prvním principem je strategie založená na společných hodnotách v oblasti zdraví jako jsou solidarita, důstojnost, demokracie, odpovědnost, ale i zdravotní politika založená na nejlepších vědeckých důkazech vyvozených z věrohodných údajů a navazujícího výzkumu. Druhý princip říká, že zdraví je největší hodnota, proto by měly být posíleny výdaje na prevenci, ochranu a posilování zdraví, zdravotní výchovu. Třetí princip vidí nutnost zařazení zdraví ve všech politikách, které ho ovlivňují jako politika životního prostředí, regionální politiky, sociální politika. Čtvrtý princip vidí nutnost v posílení vlivu EU v oblasti zdraví v celosvětovém měřítku (Holčík 2010, s. 185-187).

Realizace vládních programů pečujících o zdraví lidí a podporujících péči o zdraví by nebyla možná, pokud by do nich nebyli zapojeni lidé samotní. K tomu je nutná stálá propagace zdravotních programů, předávání informací a zapojování lidí, jak prostřednictvím úzké komunikace se zdravotnickými pracovníky, tak i prostřednictvím médií nebo významných osobností. Základem je pochopení zdraví jako největší životní

¹⁵ http://www.mzcr.cz/Verejne/obsah/program-zdravi-21_1101_5.html

¹⁶ <http://www.szu.cz/tema/podpora-zdravi/nova-strategie-zdravi-2020-health-2020>

¹⁷ Dostupné také na: http://ec.europa.eu/health/ph_overview/Documents/strategy_wp_cs.pdf .

hodnoty a jeho determinant jako faktorů, které je možné více či méně ovlivnit (Holčík 2010, s. 173-183).

3 ROZVÍJENÍ ZDRAVOTNÍ GRAMOTNOSTI U MANAŽERŮ

Každá instituce i každá úroveň veřejné správy přijímá rozhodnutí, která mají větší či menší dopad na zdraví lidí (Holčík 2010, s. 176). Jedním z hlavních úkolů manažerské práce je rozhodování. Aby rozhodnutí manažera bylo správné, je pro něj důležité získat co nejvíce informací o dané problematice a o faktorech, které mohou jeho rozhodnutí ovlivnit (Donnelly 1997, s. 25).

3.1 Potřeba rozvoje zdravotní gramotnosti u manažerů

Rozvoj manažerů se týká zlepšování výkonu funkce manažerů v jejich současných rolích, a také jejich přípravy na vyšší funkce a tím i vyšší míru odpovědnosti v budoucnu. Proces rozvoje by měl být anticipující (tak, aby manažeři mohli přispívat ke splnění dlouhodobých cílů), reagující (zaměřený na vyřešení nebo prevenci problémů výkonu) nebo motivační (odpovídat individuálním aspiracím týkajícím se kariéry) (Armstrong 2002, s. 523).

Žít a pracovat v prostředí chaosu a turbulence vyžaduje nový druh manažerů, jak uvádí manželé Škrlovi (2003, s. 254-261). V západních zemích jsou tyto manažeři nazýváni jako transformační manažeři nebo také transformační vůdci. Jsou charakterističtí tím, že věří v jedinečnost každého člověka, rozvíjí svoji duchovní dimenzi a vidí v problémech příležitosti. Podporují strategii „výhra – výhra“, jejich síla je synergická, ne egoistická, pracují s kreativitou a intuicí a podporují rozvíjení potenciálu svých podřízených. Dbají však také o své zdraví a umí zvládat stres.

Pro osobnost manažera je rozvoj zdravotní gramotnosti důležitý nejen z důvodů osobních, kdy mu pomáhá rozhodovat o svém zdraví i o životě a zvyšuje jeho sebedůvěru a upevňuje vlastní důstojnost a svébytnost. Při své práci musí brát vždy úvahu důsledky svých rozhodnutí na zdraví lidí. Jednou z povinností manažera je vytvářet na pracovišti podmínky pro ochranu a bezpečnost při práci svých zaměstnanců, dále dosažení co nejvyšší možné úrovně ochrany zdraví a bezpečnosti při práci na pracovišti je důležité, protože eliminace nebo alespoň minimalizace zdravotních a bezpečnostních rizik je morální i zákonnou povinností zaměstnavatelů.

Tato činnost je také důležitá, z toho důvodu, že nemoci a úrazy související s výkonem práce a pracovními podmínkami způsobují utrpení a ztráty nejen zaměstnancům, ale i osobám, které jsou na nich závislé. A v konečném důsledku nepřítomnost zaměstnance v práci z důvodu nemoci nebo úrazu způsobují škody a ztrátu i organizaci (Armstrong 2002, s. 729-741).

Podle Armstronga (2002, s. 729-741) řízení ochrany a zdraví při práci je záležitost vytváření politiky ochrany zdraví a bezpečnosti při práci, posuzování rizik, kdy se rozpoznávají nebezpečí a odhadují se rizika s nimi spojená. Pro kvalitní řízení ochrany zdraví je důležité provádění auditů a inspekcí zaměřených na ochranu zdraví a bezpečnosti při práci, zavádění zdravotních programů pro pracovníky, prevence nehod a úrazů. Další nutností je měření charakteristik ochrany zdraví a bezpečnosti při práci, informování o nezbytných postupech směřujících k dobré ochraně zdraví a bezpečnosti při práci, vzdělávání zaměstnanců zaměřené na tyto postupy a zvládnání stresu a v neposlední řadě organizování ochrany zdraví a bezpečnosti při práci.

3.2 Specifika práce manažerů

Pojem manažer označuje člověka, který něco řídí, odpovídá za chod dané organizace či organizačního celku. Manažer nemusí znát všechno, potřebuje nicméně vědět tolik, aby dokázal správně rozhodovat a nastavovat systémy a procesy tak, aby lidé spolupracovali, znali pravidla, měli přístup k potřebným zdrojům a nemuseli řešit zbytečnosti¹⁸ (Šubrtová 2013, s. 1). (Donnelly (1997, s. 24) říká: „management lze chápat jako proces koordinování činností skupiny pracovníků, realizovaný jednotlivcem nebo skupinou lidí za účelem dosažení určitých výsledků, které nelze dosáhnout individuální prací.“ Management může být uplatněn jak pro průmyslové podniky a státní organizace, tak i pro nestátní neziskové organizace, pro větší organizační celky, týmy i jednotlivce. Lze ho aplikovat na různé organizační úrovně řízení jako je organizace, oddělení či projekt. Management může být obsahově velmi rozmanitý, od pedagogické, logistické či ekonomické oblasti po oblast personální, nebo zdravotnickou. (Donnelly, 1997 s. 23-49)

¹⁸ Dostupné na <http://kariera.ihned.cz/c1-59088350-nejtezsi-je-pripustit-si-ze-neco-delam-spatne>

Management, a tedy i manažery, lze rozdělit do tří úrovní: liniový management, střední management a top management. Liniový manažeři řeší vztahy mezi řadovými zaměstnanci (například mistři na stavbě či staniční sestry na oddělení v nemocnici), střední manažeři řídí větší oddělení nebo útvar (například primář oddělení v nemocnici) a top management zajišťuje chod celé organizace, podniku (ředitel). Donnelly (1997, s. 46) specifikuje základní tři úkoly manažerů, se kterými se bez ohledu na to, čím se jimi řízená organizace zabývá, setkávají a musí je plnit: řídit práci a organizaci, řídit pracovníky a řídit produkci a operace. Vyjmenované úkoly plní manažeři prostřednictvím plánování, organizování, personální zajištění, vedení a kontrolování, což jsou základní funkce managementu. Při výkonu funkcí jsou na manažera kladeny požadavky známé jako 4E (Koontz in Gladkij 2003, s. 165): *Effectiveness* (účelnost) – děláni správných věcí, *Efficiency* (účinnost) – děláni věcí správným způsobem, *Economy* (hospodárnost) – provádění věcí s minimálními náklady, *Equity* (odpovědnost) – provádění věcí spravedlivě a podle práva.

Manažerskou výkonnost ovlivňuje mnoho různých vnitřních a vnějších faktorů. Manažeři musí své funkce vykonávat v neustále se měnících podmínkách a musí přitom respektovat vlivy vnějšího a vnitřního prostředí. Vnější prostředí zahrnuje vlivy působící na organizaci zvenku jako zákazníci, konkurenti, dodavatelé, ale i technologické, legislativní či kulturní vlivy a vnitřní prostředí představuje každodenní působení faktorů, které jsou součástí organizace, jako například pozice, kterou manažer zastává v organizační struktuře nebo kultura organizace (Donnelly 1997, s. 55-72). Bez ohledu, jakou pozici v organizační struktuře manažer zastává, musí mít určité, obecně použitelné manažerské dovednosti. Lidské dovednosti jsou důležité pro vedení lidí, motivaci, komunikaci, spolupráci a vzájemné pochopení. Mají největší význam, protože pomocí nich dokáží podřízené motivovat, řešit problémy nebo kontrolovat, komunikovat na každé úrovni. Pro všechny tři úrovně managementu mají lidské dovednosti stejnou důležitost. Technické dovednosti nejvíce využívají linioví manažeři, kteří musí být schopni řešit problémy přímo v provozu. Koncepční dovednosti dávají manažerovi schopnost vidět věci jako celek, stanovit strategické cíle organizace. Význam koncepčních dovedností roste s úrovní managementu, největší význam mají logicky pro top manažery, jejichž rozhodování má dlouhodobý význam (Donnelly, s. 74-76).

Mintzberg (in Donnelly1997, s. 76-79) analyzoval činnost vrcholových manažerů a dospěl k závěru, že v důsledku toho, že jejich pracovní den je neustále narušován z různých důvodů, nemají manažeři dost času na to, aby se stali pečlivými plánovači či organizačními experty. Současně se mu však podařilo identifikovat deset charakteristických manažerských rolí, které lze spojit do tří odlišných skupin: interpersonální role, informační role a rozhodovací role.

Interpersonální role, které vyplývají z formálních pravomocí a směřují do oblasti mezilidských vztahů. Patří sem role figurky, která má symbolický či ceremoniální charakter, role vůdce při řízení a koordinování činnosti podřízených pracovníků a role styčného důstojníka, kde zabezpečuje interpersonální vztahy mimo oblast jeho pravomocí (Donnelly1997, s. 77-78)

Informační role vyžadují po manažerovi, aby zabezpečoval přijímání a odesílání informací, které nemají rutinní charakter. Patří sem role sledovatele, jejíž prostřednictvím informace shromažďuje, role šířitele, která zahrnuje poskytování důležitých a výsadních informací svým podřízeným a role mluvčího, kde reprezentuje svoji organizační jednotku vůči ostatním lidem (Donnelly1997, s. 78)

Rozhodovací role, kam patří role podnikatele, představující povinnost manažera sledovat a využívat změny v okolí pro efektivní rozvoj své jednotky, role eliminátora, ve které manažeři rozhodují a uskutečňují korektivní aktivity jako reakci na působení vlivů, které jsou mimo jejich kontrolu. Další role představuje role alokátora, kde manažer musí rozhodnout o tom, jak přidělit omezené disponibilní zdroje a role vyjednače, která předurčuje manažera k tomu, aby vyjednával s ostatními organizačními jednotkami a jednotlivci tak, aby získal pro svou jednotku určité výhodné postavení. Význam manažerských rolí je ovlivňován tím, na jaké úrovni managementu jsou realizovány, nicméně je vykonávají všichni manažeři bez zřetele ke svému postavení (Donnelly1997, s. 78-80)

4 VÝZKUM ZDRAVOTNÍ GRAMOTNOSTI

V této kapitole se čtenář seznámí s metodologií výzkumu zdravotní gramotnosti zdravotnických a nezdravotnických manažerů v regionu Kyjov a s výsledky z výzkumu. Pro bližší informace o zdravotní gramotnosti byla zadána rešerše v Národní lékařské knihovně v Brně pro klíčová slova „zdravotní gramotnost“, „manažeři a zdravotní gramotnost“. Klíčová slova byla zadána do báze MEDVIK, Bibliomedica a do báze Slovenské lékařské knihovny. Pro zdravotní gramotnost byly použitelné odkazy: Systém péče o zdraví a zdravotní gramotnost k teoretickým základům cesty ke zdraví, Cesty ke zdraví, Zdravotní gramotnost je cennou součástí obecné kultury, Nezbytnost soustavného rozvoje rozsáhlého systému péče o zdraví, Systém péče o zdraví a zdravotní gramotnost, Zdravotní gramotnost, kde byl vždy autorem profesor Holčík. Dále byl odkaz na projekt věnovaný zdravotní gramotnosti, jehož řešitelem byl profesor Holčík. Vzhledem k nedostatečnosti odkazů a malému množství informací, bylo nutné využít také internet, tedy konkrétně Google a Google Scholar.

Při zjišťování informací k heslu zdravotní gramotnost bylo na internetu nalezeno 139 000 odkazů, nicméně většina odkazů v českém jazyce se vztahovala pouze k jednomu slovu zadaného hesla, a to ke slovu gramotnost. Opět se jednalo o odkazy na články, v nichž se často objevovalo jméno profesora Holčíka, který se dané problematice v České republice nejvíce věnuje a na toto téma přednáší a publikuje. Další odkazy se týkaly obecné charakteristiky pojmu a objevily se také například odkazy na nabídky kurzů pořádaných společnostmi gramotnost.cz. Pro další pátrání bylo nutné hledat v anglicky psaných zdrojích. Zadání pojmu „*Health Literacy*“ do vyhledávače pomohlo nalézt 136 000 odkazů jak na články týkající se tohoto pojmu, tak na celé webové stránky věnované pouze problematice zdravotní gramotnosti. S tímto pojmem je spojeno několik zahraničních jmen, které se problematice zdravotní gramotnosti věnují, a to například Helen Osborn, uznávaná odbornice a konzultantka na zdravotní gramotnost, zakladatelka společnosti *Health Literacy Consulting* se sídlem v Massachusetts nebo Ilona Kickbusch, která na téma zdravotní gramotnost přednáší a publikuje. Profesor Don Nutbeam, prorektor univerzity Southamptonu, se účastnil širokého průzkumu zdraví, je často citovaným autorem mnoha článků na téma

zdraví a zdravotní gramotnost. Uvedené osobnosti také cituje ve své tvorbě profesor Holčík.

4.1 Nemocnice Kyjov a jiné instituce

Výzkum probíhal jak v Nemocnici Kyjov, tak v dalších institucích, jako například ve školách, bankách či jiných obchodních společnostech v Kyjově a jeho okolí.

Nemocnice Kyjov je komplexním zdravotnickým zařízením poskytujícím ambulantní i lůžkovou péči obyvatelům okresu Hodonín. Jejím zřizovatelem je Jihomoravský kraj. V oborech interna, chirurgie, dětské, gynekologie-porodnictví a ARO poskytuje péči o 162 tisíc obyvatel okresu spolu s nemocnicí v Hodoníně, v dalších lůžkových oborech, kterými jsou neurologie, ortopedie, urologie, kožní, oční, rehabilitace, ušní-nosní-krční, plicní a infekční zajišťuje ústavní péči samostatně. Mimo to provozuje i lůžka následné péče v počtu 68, a to na detašovaném lůžkovém pracovišti ve Veselí nad Moravou. Nemocnice zajišťuje i organizuje dětskou, všeobecnou a stomatologickou lékařskou službu první pomoci. V areálu nemocnice působí celkem 48 odborných ambulancí, několik dalších je umístěno na poliklinice v Kyjově, Veselí nad Moravou i Hodoníně. Nemocnice disponuje s 514 lůžky, z nichž jsou 34 lůžka intenzivní péče a 68 lůžka následné péče.

Nemocnice má 902 zaměstnanců, z nichž je 120 lékařů a farmaceutů, 582 zdravotnických pracovníků nelékařských oborů, 60 technickohospodářského úseku, 140 dělnických a provozních pracovníků. Jednotlivé pozice pracovních míst jsou popsány v organizačním řádu nemocnice. Statutárním zástupcem nemocnice je její ředitel, jemu přímo podřízení jsou náměstek léčebně preventivní péče, ošetrovatelské péče, ekonomický náměstek a technickoprovozní náměstek. Každý z nich má-v přímé podřízenosti další vedoucí úseků a ti řadové zaměstnance. Manažera Nemocnice Kyjov lze rozdělit podle tří úrovní managementu: liniové (staniční sestry, vedoucí úseku údržby a podobně), střední manažery (vrchní sestry, primáři oddělení, vedoucí provozního oddělení) top management (ředitel a náměstci ředitele). Celkový počet

manažerských pozic od top managementu po liniové manažery 69, z toho 60 zdravotnických.¹⁹

4.2 Cíl práce, výzkumné otázky a hypotézy

Cílem práce bylo zjistit, popsat, analyzovat a srovnat zdravotní gramotnost zdravotnických a nezdravotnických manažerů v regionu Kyjov. Zdravotní gramotnost byla zkoumána se zřetelem ke třem úrovním modelu zdravotní gramotnosti podle Nutbeama. Jednalo o tyto tři úrovně zdravotní gramotnosti: 1. funkční zdravotní gramotnost, 2. interaktivní zdravotní gramotnost a 3. kritickou zdravotní gramotnost (Nutbeam in Holčík 2010, s. 159–160).

Funkční zdravotní gramotnost spočívá v poskytování informací o zdravotních rizicích a o tom, jak si počínat ve zdravotnickém systému (Holčík 2010, 159). Pro zjištění funkční gramotnosti jsem se dotazovala na obecné informace nutné k podpoře, posilování a rozvíjení zdraví. Dále jsem se dotazovala na hodnocení vlastních znalostí respondentů o zdravém životním stylu, významu preventivní péče, na vlastní hodnocení znalostí o nabídce zdravotních služeb a podmínkách jejich využívání a na vlastní hodnocení dodržování opatření, která vedou ke snížení negativního vlivu uvedených rizikových faktorů. Funkčně gramotný jedinec se zajímá o informace nutné k podpoře a rozvíjení zdraví, má znalosti o zdravém životním stylu, o významu preventivní zdravotní péče o nabídce zdravotních služeb a podmínkách využití zdravotních služeb. Hodnotí své informace o uvedených rizicích zdraví výborně a dodržuje opatření, která vedou ke snížení těchto rizik. Funkční úroveň modelu zdravotní gramotnosti byla zjišťována v dotazníku otázkami č. 5, 7, 8 a 9. K funkční úrovni modelu zdravotní gramotnosti se vážou také doplňující otázky č. 4 a 6, blíže viz příloha.

Interaktivní zdravotní gramotnost je charakterizována aktivním přístupem k činnostem posilujícím zdraví. Cílem interaktivní úrovně modelu zdravotní gramotnosti je schopnost jedinců jednat samostatně, zejména posílit jejich motivaci a odpovědnost při respektování pokynů (Holčík 2010, 159). Pro zjištění interaktivní gramotnosti jsem se respondentů dotazovala na aktivity podporující zdraví. Otázky

¹⁹ <http://www.nemkyj.cz>

byly směřovány na to, co je motivuje k dodržování opatření, která vedou ke snížení negativního vlivu uvedených rizik. Dále jsem zjišťovala, kdy se zúčastnili preventivní prohlídky a z jakého důvodu. Otázky byly také směřovány na aktivity respondentů v případě, že mají zdravotní potíže a v případě, že respondentům lékař navrhne vyšetřovací a léčebný režim. Interaktivně gramotný jedinec je motivovaný dodržovat opatření ke snížení negativního vlivu rizik zdraví, protože má zájem je zdraví pro něj důležité a preventivní prohlídky se zúčastnil v roce 2013 nebo v roce 2012. Pokud se u něj objeví zdravotní potíže, snaží se získat co nejvíce informací k danému problému nebo vyhledá lékaře. Pokud interaktivně gramotnému jedinci navrhne lékař vyšetřovací nebo léčebný plán, chce znát všechny varianty a možnosti vyšetření a léčení, jejich přínosy a rizika a pak se rozhodne, zda je absolvuje nebo si dohledá další informace z jiných zdrojů a pak se rozhodne. Interaktivní úroveň modelu zdravotní gramotnosti byla zjišťována v dotazníku otázkami č. 10, 11, 13, 14 a 15. Otázka č. 12 je doplňující, blíže viz příloha.

Kritická zdravotní gramotnost rozvíjí u jedinců takové schopnosti, které se týkají jak jejich individuálního chování, tak sociálně a politicky orientovaných činností, jejichž smyslem je podílet se na vytváření zdravotně příznivého sociálního prostředí. K této činnosti je nutné mimo jiné znát programy na podporu zdraví, kam patří především program Zdraví 21 (Holčík 2010, 159). Respondentů jsem se dotazovala na znalost programů podporujících zdraví, na znalost konkrétního programu Zdraví 21 a na to, co by podle respondentů pomohlo k větší motivaci lidí k péči o zdraví. Kriticky gramotný jedinec je ten, kdo zná programy podporující zdraví a program Zdraví 21. Kritická úroveň modelu zdravotní gramotnosti byla zjišťována v dotazníku otázkami č. 17 a 18, viz příloha.

Výzkumný problém²⁰ byl formulován takto: „Jaká je zdravotní gramotnost zdravotnických a nezdravotnických manažerů v regionu Kyjov?“

Pracovní hypotézy byly formulovány takto:

- H₁ Předpokládám rozdíl mezi jednotlivými úrovněmi modelu zdravotní gramotnosti zdravotnických a nezdravotnických manažerů.
- H₂ Předpokládám, že rozdíl zdravotní gramotnosti je závislý na délce praxe manažerů.
- H₃ Předpokládám, že rozdíl zdravotní gramotnosti je závislý na vzdělání manažerů.

²⁰ Blíže o formulaci výzkumného problému viz Chrásková, *Metody pedagogického výzkumu*, s. 16–17.

Statistické hypotézy byly formulovány takto:

H₀1: Zdravotní gramotnost u zdravotnických a nezdravotnických manažerů je stejná.

H₀2: Zdravotní gramotnosti nezávisí na délce praxe manažera.

H₀3: Zdravotní gramotnost nezávisí na vzdělání manažerů.

4.3 Metodika výzkumu

V této podkapitole jsou popsány metody a technika sběru dat, organizace výzkumu, výběr vzorku a předvýzkum. Těžiště práce tvoří kvantitativní²¹ výzkum.

4.3.1 Metody a technika sběru dat

Pro sběr dat byl použitý dotazník. Dotazník je jedním z nejběžnějších nástrojů pro sběr dat pro různé typy výzkumů či průzkumů. Skládá se ze série otázek, jejichž cílem je získat názory a fakta od respondentů. Oproti jiným typům průzkumů je možné prostřednictvím dotazníku získat informace s mnohem menší námahou a levněji. Dále se výsledná data dají mnohem jednodušeji zpracovávat. Dotazník je výhodný, protože je to jedna z nejlevnějších metod výzkumu, jednoduše se zpracovává a vyhodnocuje, respondent jej může vyplnit v klidu doma. Nevýhodou může být obtížné získávání respondentů, a také to, že při eventuálním nedorozumění nelze dodatečně nic opravit či doplnit (Bártlová 2008, s. 98-113).

Před vytvořením vlastního dotazníku jsem kontaktovala profesora Holčíka, který, v rámci projektu Zdravotní gramotnost, provedl výzkum zdravotní gramotnosti studentů lékařské fakulty, zda by bylo možné použít stejný dotazník i k výzkumu zdravotní gramotnosti manažerů. Podle profesora Holčíka „jeho“ dotazník určený pro zjišťování zdravotní gramotnosti studentů není vhodný ke zkoumání zdravotní gramotnosti manažerů. Rovněž jsem oslovila docentku Příbovou, která byla řešitelkou projektu výzkumu zdravotní gramotnosti laické veřejnosti, ale ani „její“ dotazník není vhodný ke zkoumání zdravotní gramotnosti „mých“ manažerů, a proto jsem, na základě získaných znalostí o zdravotní gramotnosti, vytvořila dotazník sama. Mnou

²¹ Kvantitativní znamená, že výzkum je navržen tak, aby „přinesl numerická data měřením proměnných.“ (Punch, 2008, s. 13)

vypracovaný dotazník je strukturovaný a tvoří ho 18 otázek, viz příloha č. 1. Byly použity otázky uzavřené – dichotomické i polytomické, polouzavřené a filtrační otázky (Bártlová 2008, s. 100). Dotazník je rozdělených do pěti oddílů. První oddíl je zaměřený na potřebnost zdravotní výchovy. Druhý oddíl je zaměřený na funkční úroveň modelu zdravotní gramotnosti, třetí na interaktivní úroveň modelu zdravotní gramotnosti a čtvrtý na kritickou úroveň modelu zdravotní gramotnosti. Poslední oddíl je určen pro zjištění délky manažerské praxe, úrovně vzdělání a zaměření činnosti a věk. Jsou formulovány i otázky zjišťující, zda je respondent kuřák, jaký je jeho BMI, s jakou mírou stresu se při své práci setkává a kolik času věnuje aktivnímu pohybu. Tyto otázky pomohly při zjištění, zda respondenti opravdu dodržují opatření vedoucí ke snížení negativního vlivu, jak uvedli v otázce č. 9. Oddíl zdravotní výchovy jsem do dotazníku včlenila, protože jsem chtěla zjistit, jaký význam má zdravotní výchova pro manažery, jestli vnímají zdravotní výchovu jako účelnou pro zlepšení informovanosti lidí v péči o zdraví.

Při testování hypotéz byly použity tyto statistické metody:²² Spearmanův korelační koeficient, Fisherův přesný test, Mann-Whitney test, test Bonferroni. Ke statistickému zpracování dat byl použit statistický software.

4.3.2 Organizace výzkumu, výběr vzorku a předvýzkum

Výzkum zdravotní gramotnosti proběhl v dubnu 2013 u dvou skupin respondentů, a to u 1. **zdravotnických manažerů** Nemocnice Kyjov a 2. **nezdravotnických manažerů** Nemocnice Kyjov a jiných nezdravotnických manažerů v Kyjově i okolí. Výběrový soubor byl vybrán pomocí metody záměrného výběru.²³

V Nemocnici Kyjov byly dotazníky rozdány manažerům na všech třech úrovních – liniovým (staniční sestry, vedoucí úseku údržby a podobně), středním manažerům (vrchní sestry, primáři oddělení, vedoucí provozního oddělení) i top managementu (náměstci ředitele). Dotazníky byly rozdány na poradách úseků k anonymnímu

²² Statistické metody používané při testování hypotéz podrobně popisuje Miroslav Chráska (2007) v knize *Metody pedagogického výzkumu* na s. 69.

²³ Podle Miovského (2006, s. 136) tento způsob výběru se uplatňuje zejména v případech, kdy se nejedná o příliš velký potřebný výběrový soubor a respondenti jsou poměrně snadno dostupní.

vyplnění, jejich návratnost byla proto 100%, to znamená 60. Všechny byly vyplněny řádně a úplně.

Nezdravotnickým manažerům mimo nemocnici byl dotazník předán při osobní návštěvě nebo jim byl poslán poštou po předchozí telefonické domluvě. Jednalo se o manažery ve školách, obecních úřadech, bance a o podnikatele. Tímto způsobem bylo distribuováno 90 dotazníků a návratnost byla 66, to znamená 73 %. I tyto dotazníky byly vyplněny úplně.

Činnosti související s výzkumem však začaly už v lednu 2013. Telefonicky nebo osobně byli osloveni možní respondenti, kterým byla vysvětlena problematika výzkumu, byly zodpovězeny doplňující otázky a následně byla domluvena forma distribuce dotazníků (poštou nebo osobně). Realizace výzkumu v Nemocnici Kyjov byla schválena ředitelem nemocnice na základě dotazu.

V rámci předvýzkumu jsem dotazník nejprve sama vyplnila a potom jsem požádala o jeho vyplnění dva zdravotnické a dva nezdravotnické manažery Nemocnice Kyjov. Na základě připomínek byl dotazník doplněn a následně distribuován. Předvýzkum mi pomohl doplnit dotazník o jasnější formulace a eliminovat tím nesrozumitelnost některých otázek.

4.4 Výsledky výzkumu

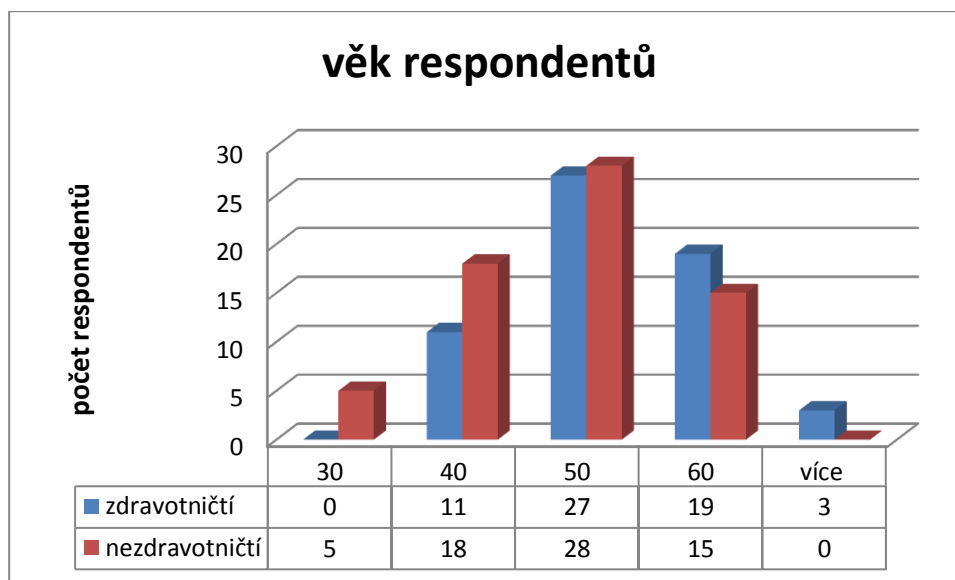
V následující podkapitole jsou shrnuty výsledky výzkumu. V jednotlivých oddílech jsou popsány zjištěné všeobecné údaje o manažerech, testování hypotéz, výsledky výzkumu v oblasti potřebnosti zdravotní výchovy z pohledu manažerů a vyhodnocení dodržování opatření vedoucích ke snížení negativního vlivu specifikovaných rizik.

4.4.1 Všeobecné údaje o manažerech

Výběrový vzorek tvořilo 60 zdravotnických a 66 nezdravotnických manažerů. Jejich věkové rozmezí ukazuje graf č. 1. Hranici 30ti let dosáhlo 5 nezdravotnických a žádný zdravotnický manažer, do 40ti let bylo 11 zdravotnických a 18 nezdravotnických manažerů, do 50ti let bylo 27 zdravotnických a 28

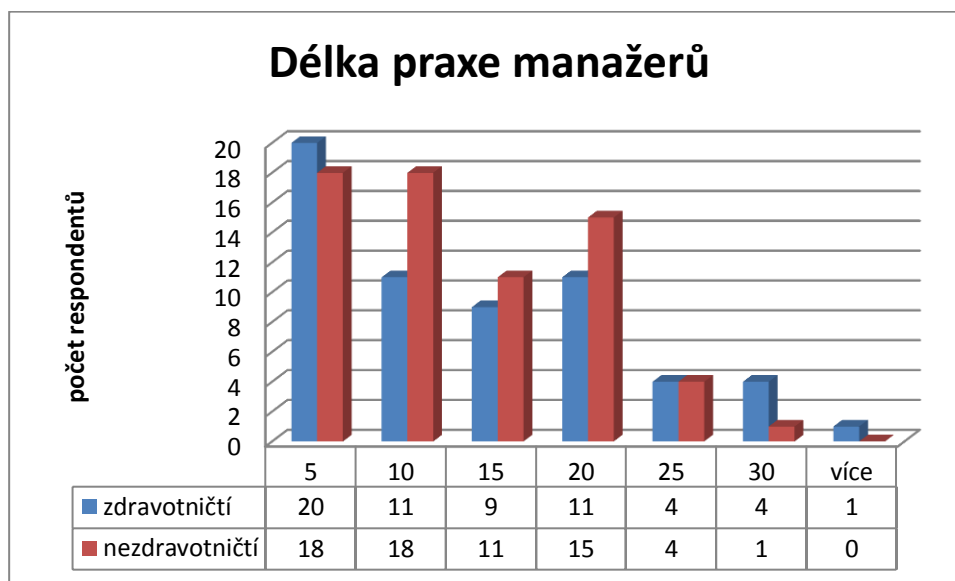
nezdravotnických, do 60ti let 19 zdravotnických a 15 nezdravotnických manažerů. Starší jak 60 let byli pouze 3 zdravotničtí manažeři.

Graf č. 1 Věk respondentů



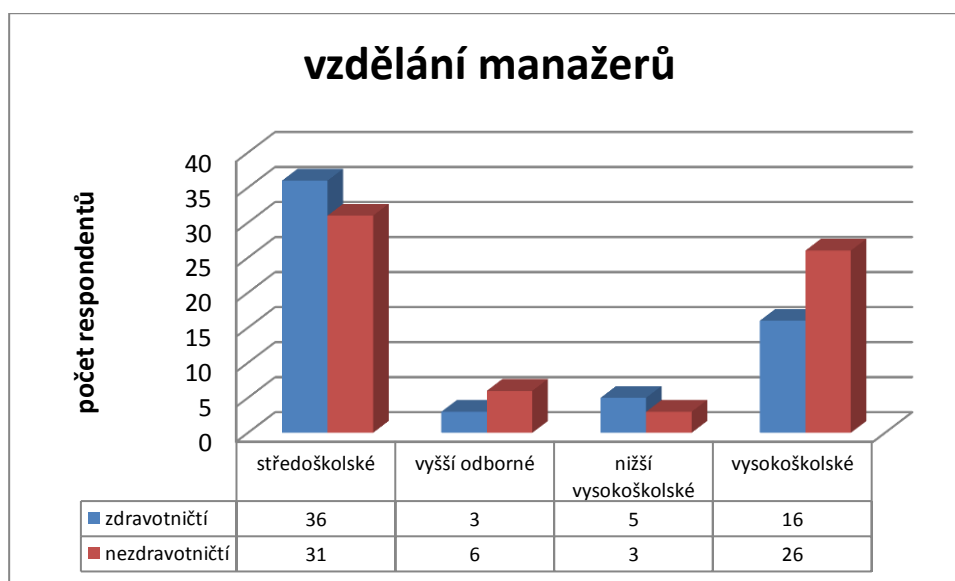
Délku praxe manažerů ukazuje graf č. 2, kde se do 5 let praxe zařadilo 20 zdravotnických a 18 nezdravotnických manažerů, do 10 let praxe to bylo 11 zdravotnický a 28 nezdravotnických manažerů. Do 15 let bylo zařazeno 9 zdravotnických a 11 nezdravotnických manažerů, do 20 let praxe 11 zdravotnických a 15 nezdravotnických, do 25 let bylo stejně respondentů z obou skupin, a to 4. Délku manažerské praxe více jak 25 let uvedlo 5 zdravotnických manažerů a jeden nezdravotnický manažer.

Graf č. 2 Délka praxe manažerů



Rozdělení respondentů podle vzdělání ukazuje graf č. 3. Nejvíce manažerů (36 zdravotnických a 31 nezdravotnických) bylo ve skupině středoškolsky vzdělaných, ve skupině s vyšším odborným vzděláním byli 3 zdravotničtí manažeři a 6 nezdravotnických. Nižší vysokoškolské vzdělání uvedlo 5 zdravotnických a 3 nezdravotničtí manažeři a vysokoškolsky vzdělaných bylo 16 zdravotnických a 26 nezdravotnických manažerů.

Graf č. 3 Vzdělání manažerů



4.4.2 Ověření platnosti hypotéz

Pracovní hypotéza č. 1

Předpokládám rozdíl mezi jednotlivými úrovněmi modelu zdravotní gramotnosti zdravotnických a nezdravotnických manažerů.

Statistická hypotéza H_01

Zdravotní gramotnost u zdravotnických a nezdravotnických manažerů je stejná.

Ověření platnosti hypotézy

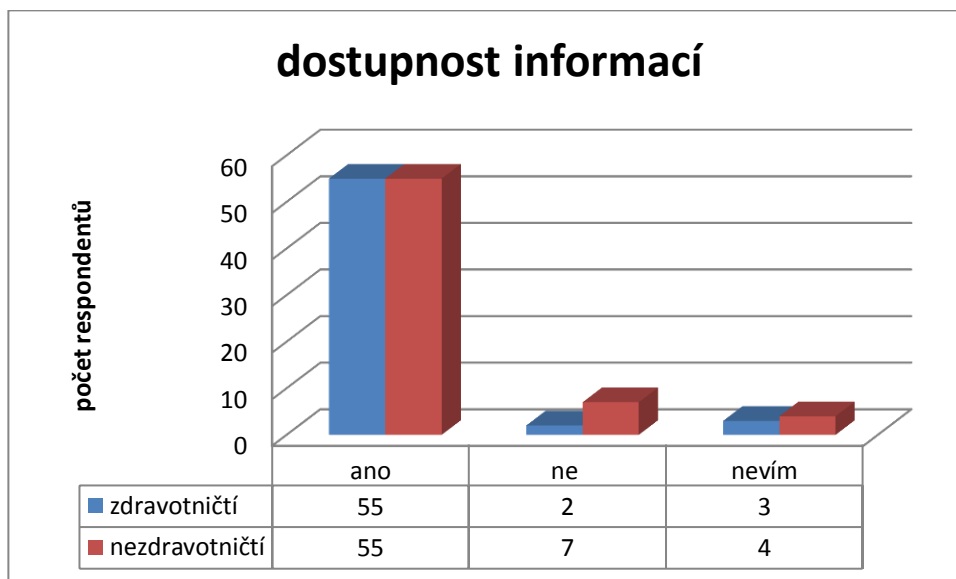
Platnost hypotézy H_01 byla ověřována zvláště pro každou otázku příslušející k dané úrovni modelu zdravotní gramotnosti podle modelu Nutbeam. Pro zjištění rozdílu mezi zdravotnickými a nezdravotnickými manažery v definovaných úrovních modelu zdravotní gramotnosti byl použit Fisherův přesný test na kontingenční tabulce.

Závěr: Hypotézu H_01 **zamítáme**. Fisherův přesný test prokázal signifikantní rozdíl mezi zdravotnickými a nezdravotnickými manažery ve všech třech úrovních modelu zdravotní gramotnosti.

Funkční zdravotní gramotnost

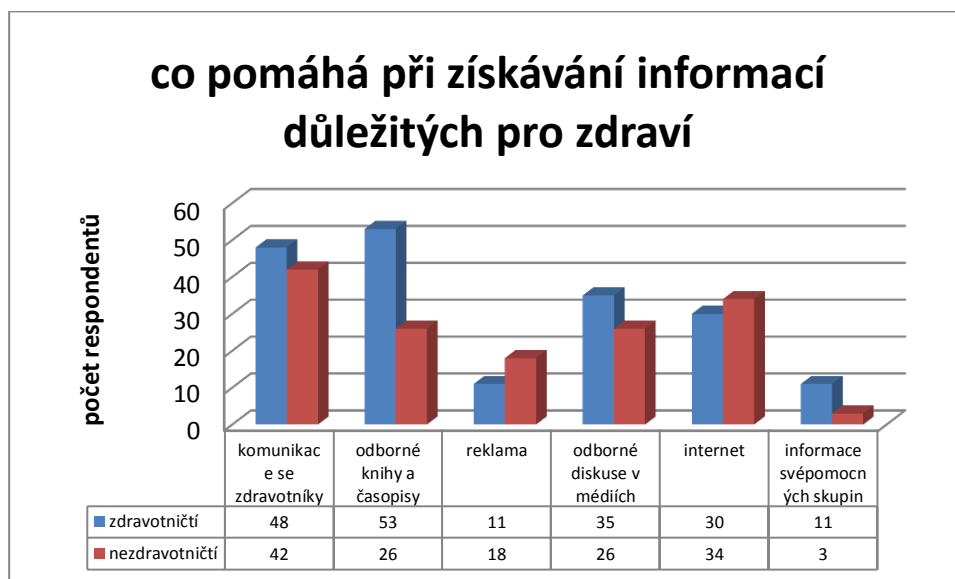
Zdravotničtí manažeři se více zajímají o informace, které pomáhají posilovat a rozvíjet zdraví. Na otázku „Zajímáte se o informace, které pomáhají posilovat a rozvíjet zdraví?“ odpovědělo kladně 98 % zdravotnických manažerů a 82 % nezdravotnických manažerů. Na otázku, zda jsou informace o účinku a užitečnosti různých opatření, která se zaměřují na posilování zdraví dostupné, odpovědělo shodně 55 zdravotnických i nezdravotnických manažerů ano, viz graf. č. 4.

Graf. č. 4 Dostupnost informací a užitečnosti různých opatření, která se zaměřují na posilování zdraví



Co pomáhá manažerům při získávání informací důležitých pro jejich zdraví, je znázorněno grafem č. 5. Největší počet zdravotnických manažerů (53) získává informace z odborných knih a časopisů a hned potom komunikací s ostatním zdravotnickým personálem (48), ale také z odborných diskuzí v médiích (35) a na internetu (30). Nezdravotničtí manažeři získávají informace pomocí komunikace se zdravotnickým personálem (42), z internetových diskuzí (34), dále potom z odborných knih a odborných diskuzí v médiích.

Graf č. 5 Co pomáhá při získávání informací



Zdravotničtí manažeři lépe hodnotí své znalosti o nabídce zdravotnických služeb a podmínkách jejich využití – jako „výborné“ nebo „velmi dobré“ hodnotí své znalosti 70 % zdravotnických manažerů a 17 % nezdravotnických manažerů. Zdravotničtí manažeři hodnotí lépe své znalosti o zdravotnickém systému – jako „výborné“ nebo „velmi dobré“ hodnotí své znalosti 52% zdravotnických manažerů a 26% nezdravotnických manažerů.

Zdravotničtí manažeři lépe hodnotí své informace o rizicích týkajících se jejich zdraví – riziku nedostatečného pohybu, stresu a nedostatku spánku. Jako „výborné“ nebo „velmi dobré“ hodnotí své informace o riziku nedostatečného pohybu 97 % zdravotnických manažerů a 82 % nezdravotnických manažerů. Jako „výborné“ nebo „velmi dobré“ hodnotí své informace o riziku stresu 95% zdravotnických manažerů a 70 % nezdravotnických manažerů. Jako „výborné“ nebo „velmi dobré“ hodnotí své informace o riziku nedostatku spánku 93 % zdravotnických manažerů a 67 % nezdravotnických manažerů.

Zdravotničtí manažeři více dodržují opatření vedoucí ke snížení negativního vlivu rizika nedostatku spánku. Na otázku č. 9 „Dodržujete opatření ke snížení negativního vlivu rizika nedostatku spánku na Vaše zdraví?“ odpovědělo „vždy“ nebo „téměř vždy“ 67 % zdravotnických manažerů a 42 % nezdravotnických manažerů.

Tabulka č. 1 na následující straně popisuje odpovědi obou porovnávaných skupin manažerů na otázky týkající se **funkční zdravotní gramotnosti**. V posledním sloupci je uvedena hodnota signifikance Fisherova přesného testu při porovnání obou skupin. Tučně jsou vyznačeny hodnoty signifikance menší než 0,05 které vypovídají o statisticky významném rozdílu mezi porovnávanými skupinami.

Tabulka č. 1 Funkční zdravotní gramotnost, první hypotéza

Funkční zdravotní gramotnost	Zdravotničtí manažeři	Nezdravotničtí manažeři	p
<i>Ot. 5 – Zajímáte se o informace, které pomáhají posilovat a rozvíjet zdraví? (kladné odpovědi)</i>	59 (98,3%)	54 (81,8%)	0,002
<i>Ot. 7 – Jak byste hodnotil(a) Vaše znalosti: ? (známky 1+2/ 3/ 4+5)</i>	88% /10% /2%		0,074
O zdravém životním stylu	92%/ 5%/ 3%	73%/ 20%/ 7%	0,078
O významu preventivní zdravotní péče	70%/ 25%/ 5%	77%/ 17%/ 6%	<
O nabídce zdravotních služeb a podmínkách jejich využití	52%/	17%/ 65%/18%	0,0001
O zdravotnickém systému	33%/15%	26%/ 36%/38%	0,003
<i>Ot. 8 – Jak hodnotíte Vaše informace o běžných rizicích týkajících se Vašeho zdraví?(1+2/ 3/ 4+5)</i>			
Kouření	96% / 2% /2%	91% / 6% / 3%	0,523
Obezita	95% / 3% /2%	89% / 9% / 2%	0,560
Nedostatečný pohyb	97% / 3% /0%	82% /15%/ 3%	0,018
Stres	95% / 3% /2%	70% /26%/ 4%	0,0002
Nedostatek spánku	93% / 7% /0%	67% /29%/ 4%	0,0005
<i>Ot. 9 – Dodržujete opatření ke snížení negativního vlivu rizik na Vaše zdraví? (známky 1+2/ 3/ 4+5)</i>			
Kouření	82% / 7%/11%	83% / 6%/11%	1,000
Obezita	68% /25%/7%	71% /23%/ 6%	0,953
Nedostatečný pohyb	63%/27%/10%	65%/23%/12%	0,862
Stres	48%/37%/15%	35%/44%/21%	0,300
Nedostatek spánku	67%/22%/11%	42%/38%/20%	0,027

Otázka č. 7 a 8: 1+2 = hodnocení znalostí/informací jako „výborné“ nebo „velmi dobré“

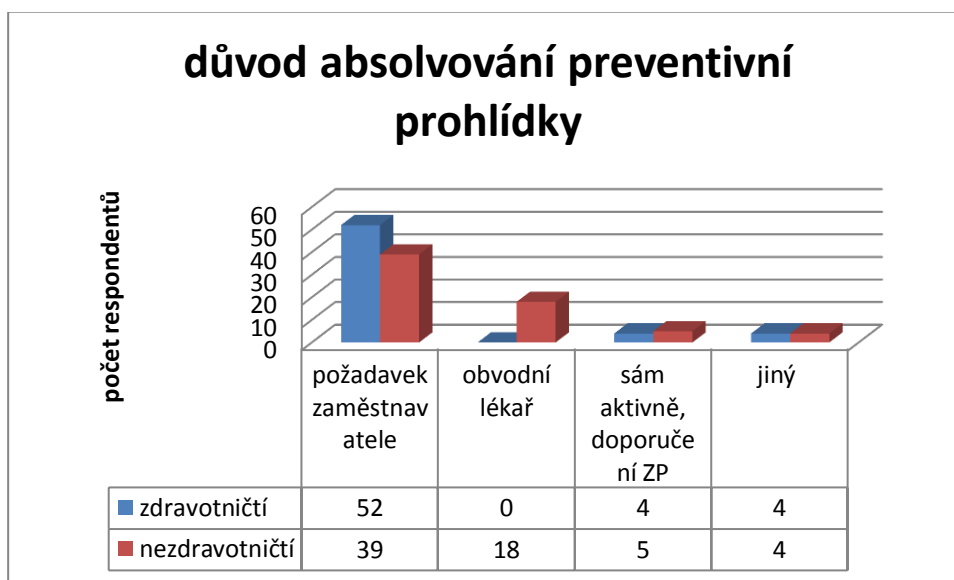
Otázka č. 9: 1+2 = „vždy“ nebo „téměř vždy“

Interaktivní zdravotní gramotnost

Statisticky významně více zdravotnických manažerů absolvovalo preventivní zdravotní prohlídku v letošním roce (2013) nebo minulém roce, tedy v roce 2012 (kladnou odpověď volilo 88 % zdravotnických manažerů, u nezdravotnických manažerů to bylo 61 %). Důvody pro absolvování preventivní prohlídky jsou znázorněny v grafu č. 6. Největší počet manažerů obou skupin absolvoval preventivní prohlídku z důvodu požadavku zaměstnavatele (52 zdravotnických a 39 nezdravotnických), protože je pozval obvodní lékař, přišlo na prohlídku 18 nezdravotnických manažerů, sami aktivně nebo na doporučení zdravotní pojišťovny šli

4 zdravotničtí a 5 nezdravotnických manažerů. Jiný důvod volili vždy 4 a 4 manažeři obou skupin. Zdravotničtí manažeři zdůraznili, že šli sami aktivně bez doporučení, zdůvodnění nezdravotnických – 3 si nepamatují, kdy na prohlídce byli a 1 manažer šel aktivně sám, bez doporučení.

Graf č. 6 Důvod absolvování preventivní prohlídky



Statisticky významně více zdravotnických manažerů odpovědělo, že když již jim lékař navrhne vyšetřovací a léčebný plán, chtějí znát všechny možnosti léčby, její přínosy a rizika a potom se rozhodnou (tuto odpověď volilo 65 % zdravotnických manažerů a 44 % nezdravotnických manažerů).

Významně více zdravotnických manažerů odpovědělo, že je pro ně důležité podílet se na rozhodnutí o vyšetřovacím a léčebném plánu (98 % zdravotnických manažerů vs. 80 % nezdravotnických manažerů).

Tabulka č. 2 na následující straně popisuje odpovědi obou porovnávaných skupin manažerů na otázky týkající se interaktivní zdravotní gramotnosti. V posledním sloupci je uvedena hodnota signifikance Fisherova přesného testu při porovnání obou skupin. Tučně jsou vyznačeny hodnoty signifikance menší než 0,05 které vypovídají o statisticky významném rozdílu mezi porovnávanými skupinami.

Tabulka č. 2 Interaktivní gramotnost, první hypotéza

Interaktivní zdravotní gramotnost	Zdravotničtí manažeři	Nezdravotničtí manažeři	p
<i>Ot. 10 – Co vás motivuje k dodržování opatření?</i>			
Chci se o své zdraví starat, je to důležité	68,3%	69,7%	0,551
Mám nebo měla jsem zdravotní potíže	25,0%	24,2%	
Nic, je mi to jedno	3,3%	6,1%	
Jiné	3,3%	0%	
<i>Ot. 11 – Kdy jste absolvoval(a) preventivní zdravotní prohlídku?</i>			
V letošním roce nebo minulém	88,3%	60,6%	0,003
Před dvěma lety	8,3%	24,2%	
Před třemi lety	1,7%	4,5%	
Je to dávno, nepamatuji se	1,7%	10,6%	
<i>Ot. 13 – Pokud se u Vás objeví zdravotní potíže</i>			
Moc si jich nevšímám	36,7%	36,4%	0,487
Začnu se hned sám/sama léčit	10,0%	19,7%	
Snažím se získat co nejvíce informací	26,7%	21,2%	
Vyhledám lékařské ošetření	25,0%	22,7%	
Jiné	1,7%	0%	
<i>Ot. 14 – Když Vám lékař navrhne vyšetřovací a léčebný plán</i>			
Chci znát všechny možnosti léčby, přínosy a rizika a potom se rozhodnu	65,0%	43,9%	0,048
Dohledám si další informace	21,7%	28,8%	
Lékaři věřím, nic si neověřuji	13,3%	27,3%	
<i>Ot. 15 – Je pro mě důležité podílet se na rozhodnutí o vyšetřovacím a léčebném plánu</i>			
(ano / ne / nevím)	96,7%	80,3%	0,007
	1,7%	4,5%	
	1,7%	15,2%	

Kritická zdravotní gramotnost

Bylo prokázáno, že zdravotničtí manažeři mají větší znalost zdravotních programů podporujících rozvoj a udržení zdraví (kladnou odpověď volilo 40 % zdravotnických manažerů a 15 % nezdravotnických manažerů). Zdravotničtí manažeři více znají program Zdraví 21 (kladně odpovědělo 30 % zdravotnických manažerů a 6 % nezdravotnických manažerů). Tabulka č. 3 popisuje odpovědi obou porovnávaných skupin manažerů na otázky týkající se kritické zdravotní gramotnosti. V posledním sloupci je uvedena hodnota signifikance Fisherova přesného testu při porovnání obou skupin. Tučně jsou vyznačeny hodnoty signifikance menší než 0,05 které vypovídají o statisticky významném rozdílu mezi porovnávanými skupinami.

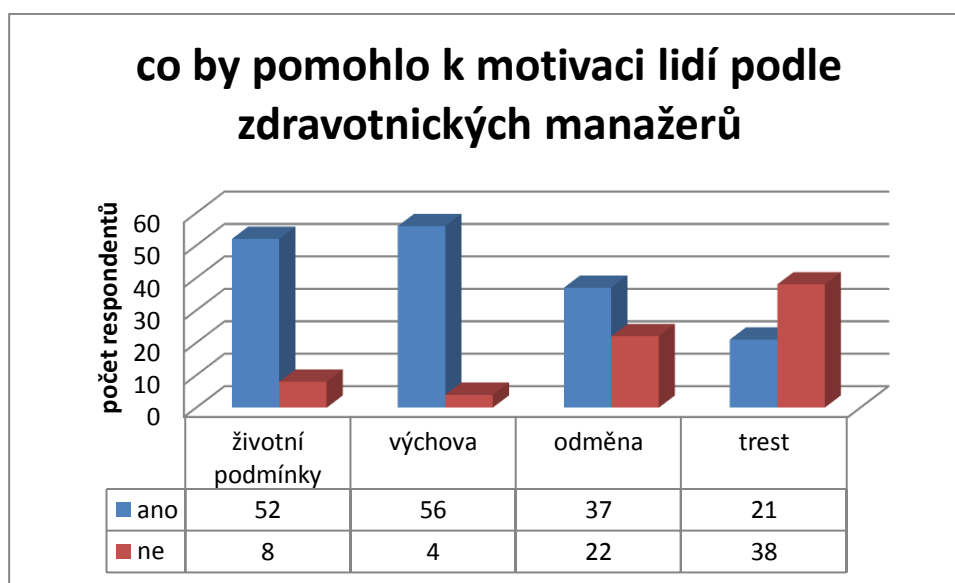
Tabulka č. 3 Kritická zdravotní gramotnost, první hypotéza

Kritická zdravotní gramotnost	Zdravotničtí manažeři	Nezdravotničtí manažeři	p
<i>Ot. 17 – Znáte nějaký zdravotní program podporující rozvoj a udržení zdraví lidí?</i>	24 (40,0%)	10 (15,2%)	0,002
<i>Ot. 18 – Znáte program Zdraví 21?</i>	18 (30,0%)	4 (6,1%)	0,001

Hodnoty v tabulce prezentují počet a procento kladných odpovědí.

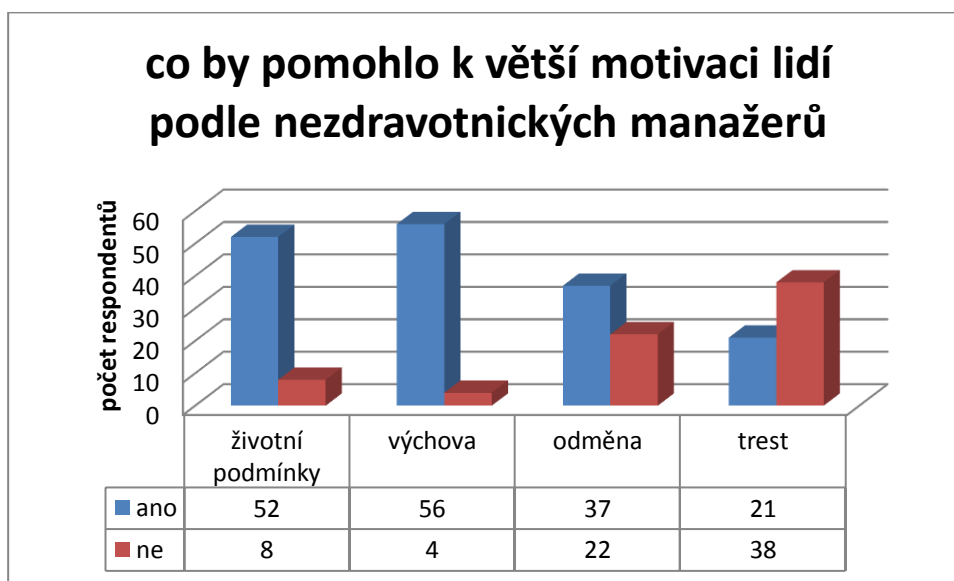
O tom, co by pomohlo k větší motivaci lidí k péči o zdraví, si zdravotničtí manažeři myslí, že nejvíce by pomohla výchova ke zdraví (56) a vytváření životních podmínek důležitých pro zdraví (52), podle 37 manažerů by pomohla odměna za dodržování léčebně preventivních opatření a podle 21 manažerů by pomohl k větší motivaci lidí k péči o zdraví trest za nedodržování léčebně preventivních opatření. Podle 38 manažerů by však trest určitě nepomohl, stejně jako odměna (22), blíže viz graf. č. 7.

Graf č. 7 Co by pomohlo k motivaci lidí podle zdravotnických manažerů



Názory na stejnou problematiku u nezdravotnických manažerů ukazuje graf č. 8. Odpovědi nezdravotnických manažerů byly podobné, tzn., že 53 manažerů si myslí, že by pomohlo vytváření životních podmínek důležitých pro zájem o zdraví, 51 manažerů uvedlo, že by pomohla výchova ke zdraví. Podle 44 manažerů by pomohla odměna za dodržování a podle 36 manažerů trest za nedodržování léčebně preventivních opatření. Opět nejvíce manažerů odpovědělo, že trest za nedodržení (30) ani odměna za dodržování (22) léčebně preventivního programu by nepomohli.

Graf č. 8 Co by pomohlo k motivaci lidí podle nezdravotnických manažerů



Pracovní hypotéza č. 2

Předpokládám, že rozdíl zdravotní gramotnosti je závislý na délce praxe manažerů.

Statistická hypotéza H₀₂

Úroveň zdravotní gramotnosti nezávisí na délce praxe manažera.

Ověření platnosti hypotézy

Platnost hypotézy H₀₂ byla ověřována zvlášť pro každou otázku příslušející k dané úrovni modelu zdravotní gramotnosti. Pro zjištění závislosti mezi zdravotní gramotností a délkou praxe manažera byla použita Spearmanova korelační analýza (v případě otázek s ordinální škálou odpovědí) nebo Kruskal-Wallisův test (v případě nominální škály odpovědí s více než dvěma alternativami odpovědi) nebo Mann-Whitney U test (v případě otázek s kladnou nebo zápornou odpovědí).

Závěr: Hypotézu **H₀₂ zamítáme**. Byla prokázána významná závislost mezi délkou praxe manažera a funkční zdravotní gramotností, resp. mezi délkou praxe a kritickou zdravotní gramotností.

Mezi délkou praxe manažerů a tím, jak manažeři hodnotí své informace o riziku nedostatku pohybu a riziku stresu, byla prokázána slabá pozitivní závislost. Manažeři s delší praxí hodnotí své informace o těchto rizicích jako nedostatečné. Dále bylo prokázáno, že manažeři s delší praxí více dodržují opatření vedoucí ke snížení negativního vlivu nedostatku spánku a stresu na jejich zdraví. Manažeři, kteří znají zdravotní programy podporující zdraví, mají kratší délku praxe než manažeři, kteří odpověděli, že tyto programy neznají. Medián délky praxe 7,5 let vs. 11,5 let.

Funkční zdravotní gramotnost

Tabulka č. 4 na následující straně uvádí pro otázku č. 5 medián délky praxe, minimální a maximální délku praxe pro skupiny manažerů, kteří na otázku odpověděli kladně nebo záporně. Pro ostatní otázky jsou uvedeny hodnoty Spearmanova korelačního koeficientu, který vyjadřuje míru závislosti mezi délkou praxe manažera a ordinální škálou odpovědí u dané otázky. V posledním sloupci je uvedena hodnota

signifikance testu významnosti korelačního koeficientu, resp. signifikance Mann-Whitney U testu pro otázku č. 5. Tučně jsou vyznačeny hodnoty signifikance menší než 0,05; které vypovídají o statisticky významné korelaci.

Tabulka č. 4 Funkční zdravotní gramotnost, druhá hypotéza

Funkční zdravotní gramotnost			p
<i>Ot. 5 – Zajímáte se o informace, které pomáhají posilovat a rozvíjet zdraví? medián délky praxe (min-max)</i>	<i>kladná odpověď</i> 10 let (1 - 40 let)	<i>záporná odpověď</i> 12 let (3 - 20 let)	0,555
<i>Ot. 7 – Jak byste hodnotil(a) Vaše znalosti o: Zdravém životním stylu O významu preventivní zdravotní péče O nabídce zdravotních služeb a podmínkách jejich využití V orientaci ve zdravotnickém systému</i>	Spearmanův korelační koeficient		
		0,149	0,095
		0,174	0,051
		-0,031	0,734
		-0,054	0,545
<i>Ot. 8 – Jak hodnotíte Vaše informace o běžných rizicích týkajících se Vašeho zdraví? (škála 1-5)</i>	Spearmanův korelační koeficient		
Kouření		0,145	0,106
Obezita		0,171	0,055
Nedostatečný pohyb		0,224	0,012
Stres		0,186	0,037
Nedostatek spánku		0,155	0,084
<i>Ot. 9 – Dodržujete opatření ke snížení negativ. vlivu rizik na Vaše zdraví? (škála 1-5)</i>	Spearmanův korelační koeficient		
Kouření		-0,095	0,291
Obezita		0,099	0,269
Nedostatečný pohyb		-0,106	0,239
Stres		-0,245	0,006
Nedostatek spánku		-0,240	0,007

Interaktivní zdravotní gramotnost

Tabulka č. 5 na následující straně uvádí pro jednotlivé otázky medián délky praxe a minimální a maximální délku praxe pro skupiny manažerů podle jejich odpovědi na danou otázku. V posledním sloupci je uvedena hodnota signifikance Kruskal-Wallisova testu. Všechny hodnoty signifikance jsou větší než hladina signifikance 0,05 tzn., že nebyla prokázána signifikantní závislost mezi délkou praxe manažera a interaktivní zdravotní gramotností.

Tabulka č. 5 Interaktivní zdravotní gramotnost, druhá hypotéza

Interaktivní zdravotní gramotnost	<i>medián délky praxe (min – max)</i>	p
<i>Ot. 10 – Co vás motivuje k dodržování opatření?</i> Chci se o své zdraví starat, je to důležité Mám nebo měla jsem zdravotní potíže Nic, je mi to jedno / jiné	10 let (1-40 let) 13 let (1-25 let) 9 let (3-20 let)	0,829
<i>Ot. 11 – Kdy jste absolvoval(a) preventivní zdravotní prohlídku?</i> V letošním roce nebo minulém Před dvěma nebo více lety / nepamatuji se	10 let (1-40 let) 10 let (1-27 let)	0,965
<i>Ot. 13 – Pokud se u Vás objeví zdravotní potíže</i> Moc si jich nevšímám Začnu se hned sám/sama léčit Snažím se získat co nejvíce informací Vyhledám lékařské ošetření	9,5 let (1-27 let) 13 let (1-40 let) 6,5 let (1-30 let) 15 let (1-30 let)	0,118
<i>Ot. 14 – Když Vám lékař navrhne vyšetřovací a léčebný plán</i> Chci znát možnosti, přínosy a rizika léčby a potom se rozhodnu Dohledám si další informace Lékaři věřím, nic si neověřuji	10,5 let (1-30 let) 8 let (1-40 let) 13 let (1-25 let)	0,436
<i>Ot. 15 – Je pro mě důležité podílet se na rozhodnutí o vyšetřovacím a léčebném plánu</i> ano ne / nevím	10 let (1-40 let) 11 let (1-22 let)	0,709

Kritická zdravotní gramotnost

Tabulka č. 6 uvádí medián délky praxe a minimální a maximální délku praxe pro skupiny manažerů s kladnou, resp. zápornou odpovědí na danou otázku. V posledním sloupci je uvedena hodnota signifikance Mann-Whitney U testu.

Tabulka č. 6 Kritická zdravotní gramotnost, druhá hypotéza

Kritická zdravotní gramotnost	<i>Odpověď „ano“</i>	<i>Odpověď „ne“</i>	p
<i>Ot. 17 – Znáte nějaký zdravotní program podporující rozvoj a udržení zdraví lidí?</i>	7,5 let (1-27 let)	11,5 let (1-40 let)	0,015
<i>Ot. 18 – Znáte program Zdraví 21?</i>	10,5 let (1-28 let)	11 let (1-40 let)	0,455

Pracovní hypotéza č. 3

Předpokládám, že rozdíl zdravotní gramotnosti je závislý na vzdělání manažerů.

Statistická hypotéza H₀₃

Zdravotní gramotnost nezávisí na vzdělání manažerů.

Ověření platnosti hypotézy

Platnost hypotézy H₀₃ byla ověřována zvláště pro každou otázku příslušející k dané úrovni modelu zdravotní gramotnosti. Pro zjištění závislosti mezi úrovní vzdělání manažera a zdravotní gramotností byla použita Spearmanova korelační analýza, resp. Fisherův přesný test.

Závěr: Hypotézu **H₀₃ zamítáme**. Byla prokázána signifikantní závislost mezi vzděláním manažerů a interaktivní úrovní modelu zdravotní gramotnosti.

Manažeři se středoškolským vzděláním více důvěřují při návrhu vyšetřovacího a léčebného plánu lékaři, zatímco manažeři s vyšším než základním vzděláním si hledají o léčbě a vyšetření další informace. Závislost mezi úrovní vzdělání a funkční nebo kritickou zdravotní gramotností nebyla prokázána.

Funkční zdravotní gramotnost

Tabulka č. 7 na následující straně uvádí pro otázku č. 5 počet a procento kladných odpovědí ve skupinách manažerů podle jejich vzdělání. Pro ostatní otázky jsou uvedeny hodnoty Spearmanova korelačního koeficientu, který vyjadřuje míru závislosti mezi vzděláním manažerů a ordinální škálou odpovědí na jednotlivé položky otázky. V posledním sloupci je uvedena hodnota signifikance testu významnosti korelačního koeficientu, resp. signifikance chí-kvadrát testu v případě otázky č. 5.

Tabulka č. 7 Funkční zdravotní gramotnost, třetí hypotéza

Funkční zdravotní gramotnost	Závislost na vzdělání			p
<i>Ot. 5 – Zajímáte se o informace, které pomáhají posilovat a rozvíjet zdraví?</i> (kladné odpovědi)	SŠ 60 (89,6%)	DiS + Bc 13 (81,3%)	VŠ 40 (93,0%)	0,422
<i>Ot. 7 – Jak byste hodnotil(a) Vaše znalosti: ?</i> O zdravém životním stylu O významu preventivní zdravotní péče O nabídce zdravotních služeb a podmínkách jejich využití O zdravotnickém systému	Spearmanův korelační koeficient			
		-0,028		0,756
		-0,136		0,130
		0,096		0,283
		-0,051		0,569
<i>Ot. 8 – Jak hodnotíte Vaše informace o běžných rizicích týkajících se Vašeho zdraví?</i> Kouření Obezita Nedostatečný pohyb Stres Nedostatek spánku	Spearmanův korelační koeficient			
		-0,108		0,227
		-0,140		0,118
		-0,034		0,705
		0,026		0,776
		0,015		0,871
<i>Ot. 9 – Dodržujete opatření ke snížení negativního vlivu rizik na vaše zdraví?</i> Kouření Obezita Nedostatečný pohyb Stres Nedostatek spánku	Spearmanův korelační koeficient			
		0,002		
		-0,148		0,978
		-0,013		0,099
		0,086		0,882
		0,097		0,338
				0,281

Interaktivní zdravotní gramotnost

Tabulka č. 8 na následující straně uvádí rozdělení četností odpovědí na danou otázku pro skupiny manažerů podle vzdělání. V posledním sloupci je uvedena hodnota signifikance Fisherova přesného testu. Tučně je vyznačena hodnota menší než 0,05; která vypovídá o statisticky významném rozdílu v distribuci odpovědí v závislosti na vzdělání manažerů – tato situace byla dále analyzována, skupiny manažerů podle vzdělání byly porovnány po dvojicích, aby se zjistilo, mezi kterými dvojicemi je signifikantní rozdíl.

Tabulka č. 8 Interaktivní zdravotní gramotnost, třetí hypotéza

Interaktivní zdravotní gramotnost	SŠ	DiS + Bc	VŠ	p
<i>Ot. 10 – Co vás motivuje k dodržování opatření?</i> Chci se o své zdraví starat, je to důležité Mám nebo měla jsem zdravotní potíže Nic, je mi to jedno / Jiné	41 (61,2%) 21 (31,3%) 5 (7,5%)	10 (62,5%) 4 (25,0%) 2 (12,5%)	36 (83,7%) 6 (14,0%) 1 (2,3%)	0,088
<i>Ot. 11 – Kdy jste absolvoval(a) preventivní zdravotní prohlídku?</i> V letošním roce nebo minulém Před dvěma nebo více lety/nepamatuji se	53 (79,1%) 14 (20,9%)	11 (68,8%) 5 (31,3%)	29 (67,4%) 14 (32,6%)	0,332
<i>Ot. 13 – Pokud se u Vás objeví zdravotní potíže</i> Moc si jich nevšímám Začnu se hned sám/sama léčit Snažím se získat co nejvíce informací Vyhledám lékařské ošetření	28 (41,8%) 5 (7,5%) 18 (26,9%) 16 (23,9%)	7 (43,8%) 3 (18,8%) 3 (18,8%) 3 (18,8%)	11 (26,2%) 11 (26,2%) 9 (21,4%) 11 (26,2%)	0,171
<i>Ot. 14 – Když Vám lékař navrhne vyšetřovací a léčebný plán</i> Chci znát možnosti, přínosy a rizika léčby a potom se rozhodnu Dohledám si další informace Lékaři věřím, nic si neověřuji	41 (61,2%) 8 (11,9%) 18 (26,9%)	8 (50,0%) 7 (43,8%) 1 (6,3%)	19 (44,2%) 17 (39,5%) 7 (16,3%)	0,004
<i>Ot. 15 – Je pro mě důležité podílet se na rozhodnutí o vyšetřovacím a léčebném plánu</i> ano ne / nevím	60 (89,6%) 7 (10,4%)	14 (87,5%) 2 (12,5%)	37 (86,0%) 6 (14,0%)	0,863

Počet a procento respondentů s danou odpovědí

Tabulka č. 9 na následující straně uvádí výsledky porovnání jednotlivých skupin manažerů podle jejich vzdělání po dvojicích. V tabulce jsou uvedeny hodnoty signifikance Fisherova přesného testu s Bonferonniho korekcí signifikance na mnohonásobné porovnávání. Z tabulky je zřejmé, že manažeři se středoškolským vzděláním se liší v odpovědích na tuto otázku od manažerů DiS + Bc a manažerů VŠ. Zatímco manažeři se středoškolským vzděláním více důvěřují při návrhu vyšetřovacího a léčebného plánu lékaři, manažeři s vyšším vzděláním si hledají o léčbě a vyšetření další informace.

Tabulka č. 9 Porovnání jednotlivých skupin manažerů podle jejich vzdělání

Ot. č. 14	p
SŠ vs. DiS + Bc	0,021
SŠ vs. VŠ	0,010
DiS + Bc vs. VŠ	1,000

Kritická zdravotní gramotnost

Tabulka č. 10 uvádí, zvláště pro každou skupinu manažerů podle vzdělání, počet a procento respondentů s kladnou odpovědí na danou otázku. V posledním sloupci je uvedena hodnota signifikance Fisherova přesného testu pro porovnání skupin manažerů podle vzdělání v odpovědích na dané otázky.

Tabulka č. 10 Kritická zdravotní gramotnost, třetí hypotéza

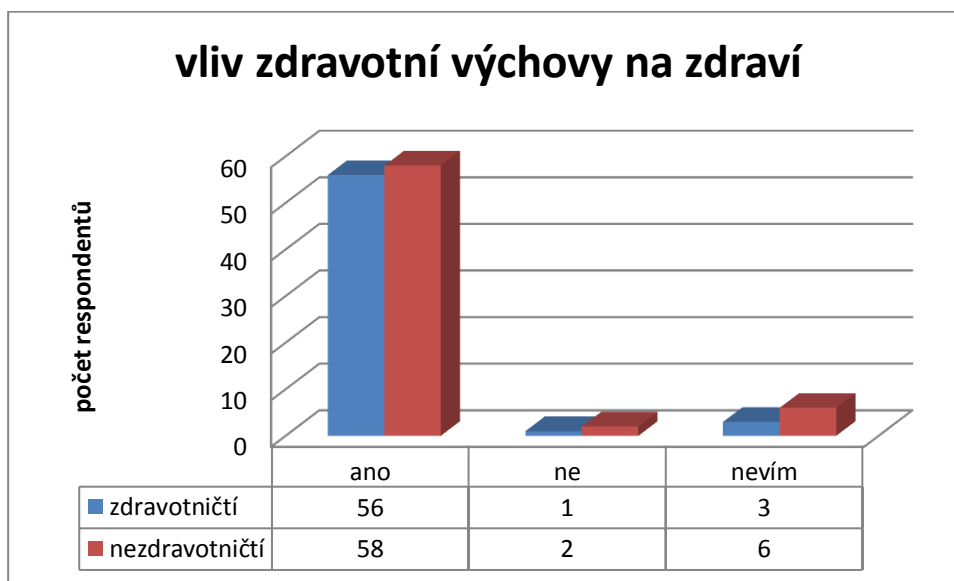
Kritická zdravotní gramotnost	SŠ	DiS + Bc	VŠ	p
<i>Ot. 17 – Znáte nějaký zdravotní program podporující rozvoj a udržení zdraví lidí?</i>	16 (23,9%)	6 (37,5%)	12 (27,9%)	0,495
<i>Ot. 18 – Znáte program Zdraví 21?</i>	10 (14,9%)	5 (31,3%)	7 (16,3%)	0,301

počet a % kladných odpovědí

4.4.3 Zdravotní výchova

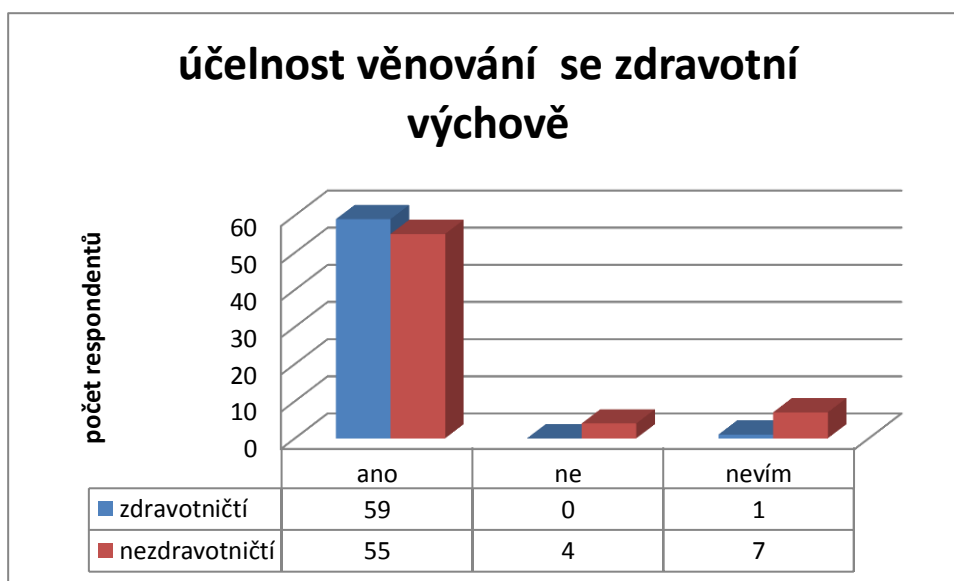
V následujícím oddílu jsou shrnuty výsledky výzkumu potřebnosti zdravotní výchovy. Pozitivní vliv zdravotní výchovy na zdraví vidí 56 zdravotnických a 58 nezdravotnických manažerů, jeden zdravotnický manažer uvádí, že zdravotní výchova nemá vliv na zdraví. Stejnou odpověď zvolili 2 nezdravotničtí manažeři. Jak ukazuje dále graf č. 9 na následující straně, 3 zdravotničtí a 6 nezdravotnických manažerů zvolilo odpověď nevím.

Graf č. 9 Vliv zdravotní výchovy na zdraví



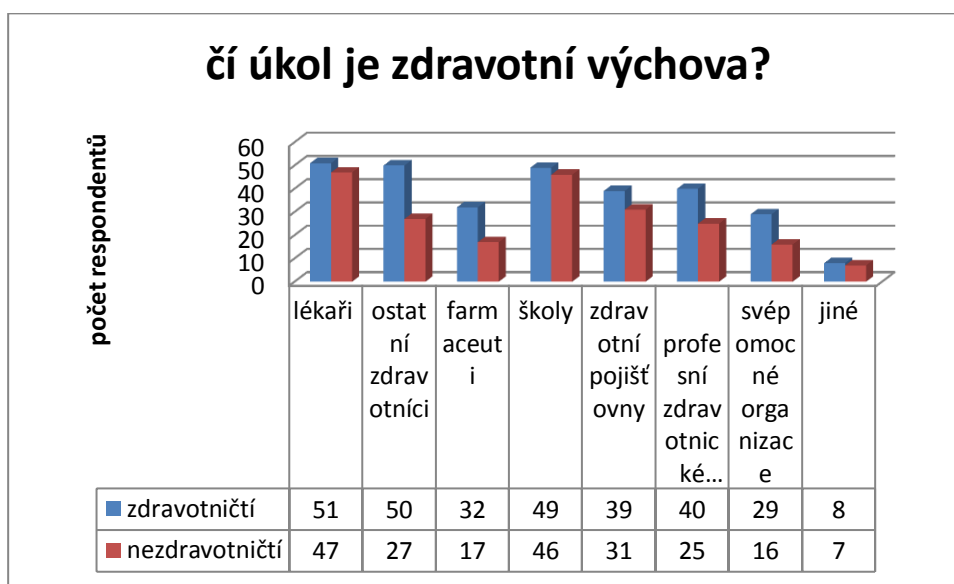
Podle grafického znázornění lze vidět, že 59 zdravotnických a 55 nezdravotnických manažerů si myslí, že je účelné se zdravotní výchově věnovat. Naopak, že není účelné věnovat se zdravotní výchově, odpověděli 4 nezdravotničtí manažeři. Odpověď nevím volilo 7 nezdravotnických a 1 zdravotnický manažer. Grafické znázornění ukazuje graf č. 10.

Graf č. 10 Účelnost seznávání se zdravotní výchově



Kdo by se měl zdravotní výchově věnovat je podle názorů manažerů zpracováno v grafu č. 11. Zdravotničtí manažeři si myslí, že je to především úkolem lékařů, ostatních zdravotníků a škol, ale také zdravotních pojišťoven a profesních zdravotnických organizací. Nezdravotničtí manažeři se shodují, že nejvíce by se měli zdravotní výchově věnovat lékaři, ale na druhé místo určili školy, dále zdravotní pojišťovny a ostatní zdravotníky.

Graf č. 11 Čí úkol je zdravotní výchova



4.4.4 Manažeři a rizika zdraví

V dotazníku měli manažeři zhodnotit vlastní dodržování opatření, která vedou ke snížení negativního vlivu specifikovaných rizik na jejich zdraví. Pro ověření odpovědí byly na konec dotazníku zařazeny otázky zjišťující BMI, kouření, provozování aktivního pohybu a vyjádření míry stresu, se kterou se setkávají při své práci.

Kouření vs. ot. č. 9 „Dodržujete opatření vedoucí ke snížení negativního vlivu kouření na Vaše zdraví?“ V obou skupinách manažerů uvedlo 18% kuřáků, že dodržují opatření vedoucí ke snížení vlivu kouření na zdraví vždy nebo téměř vždy – ale jde vždy jen o 2 respondenty – takže nepodstatné, viz tabulky č. 11 a 12.

Tabulka č. 11 Nezdravotničtí manažeři a kouření

Crosstabulation

		Ot. č. 9 - Dodržujete opatření vedoucí ke snížení vlivu KOUŘENÍ na zdraví?			Total
		vždy / téměř vždy	jak kdy	nikdy / téměř nikdy	
Kuřáci	Count	2	2	7	11
	%	18,2%	18,2%	63,6%	100,0%
Nekuřáci	Count	53	2	0	55
	%	96,4%	3,6%	,0%	100,0%
Total	Count	55	4	7	66
	%	83,3%	6,1%	10,6%	100,0%

a. skupina = nezdrav .manažeři

Tabulka č. 12 Zdravotničtí manažeři a kouření

Crosstabulation

		Ot. č. 9 - Dodržujete opatření vedoucí ke snížení vlivu KOUŘENÍ na zdraví?			Total
		vždy / téměř vždy	jak kdy	nikdy / téměř nikdy	
Kuřáci	Count	2	2	7	11
	%	18,2%	18,2%	63,6%	100,0%
Nekuřáci	Count	47	2	0	49
	%	95,9%	4,1%	,0%	100,0%
Total	Count	49	4	7	60
	%	81,7%	6,7%	11,7%	100,0%

a. skupina = zdrav ot.manažeři

Obezita vs. ot.č. 9 „Dodržujete opatření vedoucí ke snížení negativního vlivu obezity na Vaše zdraví?“ V obou skupinách manažerů více než 50 % respondentů s nadváhou odpovědělo, že dodržují opatření vedoucí ke snížení vlivu obezity na zdraví (nejsou to ale obézní respondenti). Ve skupině nezdravotnických manažerů 12,5 % obézních respondentů (je to jen 1 osoba!) odpovědělo, že vždy nebo téměř vždy dodržují opatření vedoucí ke snížení vlivu obezity na jejich zdraví – tedy nepodstatné.

Ve skupině zdravotnických manažerů 40 % obézních respondentů (jsou to jen 2 osoby!) odpovědělo, že vždy nebo téměř vždy dodržují opatření vedoucí ke snížení vlivu obezity na jejich zdraví – tedy nepodstatné, viz tabulky č. 13 a 14.

Tabulka č. 13 Nezdravotničtí manažeři a obezita

Crosstabulation^a

		Ot. č. 9 - Dodržujete opatření vedoucí ke snížení vlivu OBEZITY na Vaše zdraví?			Total
		vždy / téměř vždy	jak kdy	nikdy / téměř nikdy	
normální hmotnost (BMI do 25)	Count %	31 91,2%	3 8,8%	0	34 100,0%
nadváha (BMI nad 25 do 30)	Count %	15 62,5%	9 37,5%	0	24 100,0%
obezita (BMI > 30)	Count %	1 12,5%	3 37,5%	4 50,0%	8 100,0%
Total	Count %	47 71,2%	15 22,7%	4 6,1%	66 100,0%

a. skupina = nezdrav .manažeři

Tabulka č. 14 Zdravotničtí manažeři a obezita

Crosstabulation^a

		Ot. č. 9 - Dodržujete opatření vedoucí ke snížení vlivu OBEZITY na Vaše zdraví?			Total
		vždy / téměř vždy	jak kdy	nikdy / téměř nikdy	
normální hmotnost (BMI do 25)	Count %	25 86,2%	3 10,3%	1 3,4%	29 100,0%
nadváha (BMI nad 25 do 30)	Count %	14 53,8%	10 38,5%	2 7,7%	26 100,0%
obezita (BMI > 30)	Count %	2 40,0%	2 40,0%	1 20,0%	5 100,0%
Total	Count %	41 68,3%	15 25,0%	4 6,7%	60 100,0%

a. skupina = zdrav ot.manažeři

Aktivní pohyb

V obou skupinách manažerů 60 % respondentů, kteří provozují aktivní pohyb pouze 1x týdně nebo méně často odpovědělo, že dodržuje opatření vedoucí ke snížení vlivu nedostatečného pohybu na zdraví vždy nebo téměř vždy – jde o 25 nezdravotnických manažerů a 20 zdravotnických manažerů, tedy možný zdroj zkreslení, ale v obou skupinách stejný, viz tabulky č. 15 a 16.

Tabulka č. 15 Nezdravotničtí manažeři a aktivní pohyb

Crosstabulation

			Ot. č. 9 - Dodržujete opatření vedoucí ke snížení vlivu NEDOSTATEČNÉHO POHYBU na Vaše zdraví?			Total
			vždy / téměř vždy	jak kdy	nikdy / téměř nikdy	
sport	denně - 2-3x/ týden	Count %	22 88,0%	2 8,0%	1 4,0%	25 100,0%
	1X týdně/ méně často	Count %	25 61,0%	13 31,7%	3 7,3%	41 100,0%
Total		Count %	47 71,2%	15 22,7%	4 6,1%	66 100,0%

a. skupina = nezdrav .manažeři

Tabulka č. 16 Zdravotničtí manažeři a aktivní pohyb

Crosstabulation

			Ot. č. 9 - Dodržujete opatření vedoucí ke snížení vlivu NEDOSTATEČNÉHO POHYBU na Vaše zdraví?			Total
			vždy / téměř vždy	jak kdy	nikdy / téměř nikdy	
sport	denně - 2-3x/ týden	Count %	21 77,8%	6 22,2%	0 ,0%	27 100,0%
	1X týdně/ méně často	Count %	20 60,6%	9 27,3%	4 12,1%	33 100,0%
Total		Count %	41 68,3%	15 25,0%	4 6,7%	60 100,0%

a. skupina = zdrav ot.manažeři

Míra stresu

Je překvapivé, že poměrně vysoké procento manažerů obou skupin, kteří uvedli, že míra stresu při jejich práci je vysoká, odpovědělo, že opatření vedoucí ke snížení vlivu stresu na zdraví nikdy nebo téměř nikdy nedodržují, viz tabulky č. 17, 18.

Tabulka č. 17 Míra stresu nezdravotnických manažerů

Crosstabulation^a

			Ot. č. 9 - Dodržujete opatření vedoucí ke snížení vlivu STRESU na zdraví?			Total
			vždy / téměř vždy	jak kdy	nikdy / téměř nikdy	
míra stresu při Vaší práci	nízká	Count %	7 63,6%	4 36,4%	0 ,0%	11 100,0%
	střední	Count %	10 40,0%	12 48,0%	3 12,0%	25 100,0%
	vyšší	Count %	6 20,0%	13 43,3%	11 36,7%	30 100,0%
Total		Count %	23 34,8%	29 43,9%	14 21,2%	66 100,0%

a. skupina = nezdravotnických manažerů

Tabulka č. 18 Míra stresu zdravotnických manažerů

Crosstabulation^a

			Ot. č. 9 - Dodržujete opatření vedoucí ke snížení vlivu STRESU na zdraví?			Total
			vždy / téměř vždy	jak kdy	nikdy / téměř nikdy	
míra stresu při Vaší práci	nízká	Count %	12 85,7%	2 14,3%	0 ,0%	14 100,0%
	střední	Count %	10 35,7%	15 53,6%	3 10,7%	28 100,0%
	vyšší	Count %	7 38,9%	5 27,8%	6 33,3%	18 100,0%
Total		Count %	29 48,3%	22 36,7%	9 15,0%	60 100,0%

a. skupina = zdravotnických manažerů

4.5 Diskuse

Cílem práce bylo zjistit, popsat, analyzovat a srovnat zdravotní gramotnost zdravotnických a nezdravotnických manažerů v regionu Kyjov. Zdravotní gramotnost byla zkoumána se zřetelem ke třem úrovním modelu zdravotní gramotnosti podle Nutbeama (Nutbeam in Holčík 2010, 159-160). K tomuto účelu byly formulovány statistické hypotézy, které byly ověřovány pomocí statistických metod. Platnosti hypotéz jak zdravotnických, tak nezdravotnických manažerů byly ověřovány zvlášť pro každou otázku příslušející k dané úrovni modelu zdravotní gramotnosti podle Nutbeama.

První statistická hypotéza Zdravotní gramotnost u zdravotnických a nezdravotnických manažerů je stejná. Pro zjištění rozdílu mezi zdravotnickými a nezdravotnickými manažery v definovaných úrovních modelu zdravotní gramotnosti byl použit Fisherův přesný test na kontingenční tabulce. Fisherův přesný test prokázal signifikantní rozdíl mezi zdravotnickými a nezdravotnickými manažery ve všech třech úrovních modelu zdravotní gramotnosti. Hypotézu **H₀₁ zamítáme**.

Zdravotničtí manažeři se více zajímají o informace, které pomáhají posilovat a rozvíjet zdraví. Získávají je z odborných knih a časopisů, komunikací s ostatním zdravotnickým personálem, ale také z odborných diskuzí v médiích a na internetu. Nezdravotničtí manažeři získávají informace pomocí komunikace se zdravotnickým personálem, z internetových diskuzí, dále potom z odborných knih a odborných diskuzí v médiích. Zdravotničtí manažeři lépe hodnotí své znalosti o nabídce zdravotnických služeb a podmínkách jejich využití, lépe také hodnotí své znalosti o zdravotnickém systému, o rizicích týkajících se jejich zdraví i o riziku nedostatečného pohybu. Jako „výborné“ nebo „velmi dobré“ hodnotí své informace o riziku stresu, jako „výborné“ nebo „velmi dobré“ hodnotí své informace o riziku nedostatku spánku.

Zdravotničtí manažeři více dodržují opatření vedoucí ke snížení negativního vlivu rizik, zvláště spánku. Vlastní hodnocení dodržování opatření ke snížení negativního vlivu rizik a výsledky BMI, provozování aktivního pohybu, vnímání vlivu stresu či kuřáctví bylo porovnáno, aby se bylo vyloučeno subjektivní nadhodnocení.

Výsledek porovnání dokázal, že ti, kdo tvrdí, že dodržují opatření ke snížení negativního vlivu kouření, jsou nekuřáci. Ve skupině nezdravotnických manažerů 12,5 % obézních respondentů (je to jen 1 osoba!) odpovědělo, že vždy nebo téměř

vždy dodržují opatření vedoucí ke snížení vlivu obezity na jejich zdraví. Ve skupině zdravotnických manažerů 40% obézních respondentů (jsou to jen 2 osoby!) odpovědělo, že vždy nebo téměř vždy dodržují opatření vedoucí ke snížení vlivu obezity na jejich zdraví. Jedná se však o nízký počet osob, ze statistického hlediska je to nevýznamné. Diskutabilní je výsledek porovnání provozování aktivního pohybu a subjektivního hodnocení dodržování opatření ke snížení negativního vlivu rizika nedostatečného pohybu. V obou skupinách manažerů odpovědělo 60 % respondentů, což je 20 zdravotnických a 25 nezdravotnických, že dodržují opatření ke snížení negativního vlivu rizika nedostatečného pohybu, nicméně provozují aktivní pohyb pouze 1x týdně a méně. Při hodnocení vlivu stresu je překvapivé, že poměrně vysoké procento manažerů obou skupin, kteří uvedli, že míra stresu při jejich práci je vysoká, odpovědělo, že opatření vedoucí ke snížení vlivu stresu na zdraví nikdy nebo téměř nikdy nedodržují. Statisticky významně více zdravotnických manažerů také absolvovalo preventivní zdravotní prohlídku v letošním nebo minulém roce.

Statisticky významně více zdravotnických manažerů odpovědělo, že když již jim lékař navrhne vyšetřovací a léčebný plán, chtějí znát všechny možnosti léčby, její přínosy a rizika a potom se rozhodnou. Je pro ně také důležité podílet se na rozhodnutí o vyšetřovacím a léčebném plánu.

Manažeři obou skupin si myslí, že k větší motivaci lidí k péči o zdraví by pomohla výchova ke zdraví a vytváření životních podmínek důležitých pro zdraví. Manažeři obou skupin se shodují v názoru, že by nepomohla ani odměna za dodržování ani trest za nedodržování léčebně preventivních opatření.

Zdravotničtí manažeři mají větší znalost zdravotních programů podporujících rozvoj a udržení zdraví. Uvádí například program CINDI, preventivní programy zdravotních pojišťoven, Avon proti rakovině prsu, program Zdravé město, Zdravá škola. Zdravotní manažeři také více znali program Zdraví 21.

Druhá statistická hypotéza Úroveň zdravotní gramotnosti nezávisí na délce praxe manažera. Pro zjištění závislosti mezi zdravotní gramotností a délkou praxe manažera byla použita Spearmanova korelační analýza (v případě otázek s ordinální škálou odpovědí) nebo Kruskal-Wallisův test (v případě nominální škály odpovědí s více než dvěma alternativami odpovědí) nebo Mann-Whitney U test (v případě otázek s kladnou nebo zápornou odpovědí). Byla prokázána významná závislost mezi délkou

praxe manažera a funkční zdravotní gramotností, resp. mezi délkou praxe a kritickou zdravotní gramotností. Hypotézu **H₀₂ zamítáme**.

Mezi délkou praxe manažerů a tím jak manažeři hodnotí své informace o riziku nedostatku pohybu a riziku stresu, byla prokázána slabá pozitivní závislost. Manažeři s delší praxí hodnotí své informace o těchto rizicích jako nedostatečné, nicméně dále bylo prokázáno, že manažeři s delší praxí více dodržují opatření vedoucí ke snížení negativního vlivu nedostatku spánku a stresu na jejich zdraví. Manažeři, kteří znají zdravotní programy podporující zdraví, mají kratší délku praxe (medián délky praxe 7,5 let) než manažeři, kteří odpověděli, že tyto programy neznají (medián délky praxe 7,5 let vs. 11,5 let).

Třetí statistická hypotéza Zdravotní gramotnost nezávisí na úrovni vzdělání manažerů. Pro zjištění závislosti mezi úrovní vzdělání manažera a zdravotní gramotností byla použita Spearmanova korelační analýza, resp. Fisherův přesný test. Byla prokázána signifikantní závislost mezi úrovní vzdělání manažerů a interaktivní zdravotní gramotností. Manažeři se středoškolským vzděláním více důvěřují při návrhu vyšetřovacího a léčebného plánu lékaři, zatímco manažeři s vyšším než středoškolským vzděláním si hledají o léčbě a vyšetření další informace. Závislost mezi úrovní vzdělání a funkční nebo kritickou zdravotní gramotností nebyla prokázána. Hypotézu **H₀₃ zamítáme**.

Je poněkud složité jednoduše shrnout výsledky šetření, protože získané informace byly zpracovány a interpretovány zvláště pro každou určenou otázku příslušející k dané úrovni zkoumaného modelu zdravotní gramotnosti. Pro zjednodušení lze říct, že zdravotní gramotnost zdravotnických i nezdravotnických manažerů se liší ve všech třech úrovních modelu zdravotní gramotnosti, tedy funkční, interaktivní a kritické. Domnívám se, že tento výsledek je jistě ovlivněn zdravotnickým vzděláním a zkušenostmi z práce ve zdravotnictví. Závislost zdravotní gramotnosti na délce manažerské praxe byla prokázána ve funkční a kritické úrovni modelu zdravotní gramotnosti a závislost zdravotní gramotnosti na vzdělání byla prokázána v interaktivní úrovni modelu zdravotní gramotnosti. Zde se domnívám, že jsem hypotézy neformulovala přesně. Chybí možnost porovnat závislost zdravotní gramotnosti na délce praxe manažera a na vzdělání mezi oběma skupinami.

V České republice není k dispozici žádný standardizovaný test, pomocí něhož by se dala zjistit úroveň zdravotní gramotnosti. Šuláková uvádí příklady testů užívaných

v zahraničí, dostupné jsou zpravidla v anglickém jazyce, jako například REALM (Rapid estimate of adult literacy in medicine)²⁴ nebo TOFHLA (Test of functional health literacy in adults)²⁵, což jsou testy určené k hodnocení funkční zdravotní gramotnosti. Ačkoliv jsou v diplomové práci uváděny úrovně modelu zdravotní gramotnosti podle Nutbeam, nemá tento pojem jasně určená kritéria měření.

Zdravotní gramotnost se objevila i v několika diplomových a disertačních pracích jako je například práce Barbory Vencové, ve které se zabývá zdravotní gramotností a jejím významem, analyzuje daný pojem a jeho vývoj, popisuje vztah zdravotní gramotnosti ke speciální pedagogice. Kateřina Šuláková čerpá z mnoha zahraničních zdrojů a všímá si především funkční zdravotní gramotnosti ve vztahu k arteriální hypertenzi. Hana Kratochvílová se zabývá významem zdravotní gramotnosti žen, které si musí umět vybrat z obrovského množství informací a rad v časopisech vydávaných právě pro ně. Zdravotní gramotnost se vyskytuje v pracích věnovaných výchově ke zdraví a vzdělávání, jako například disertační práce Jitky Reissmannové věnované problematice připravenosti první pomoci v kontextu rozvoje zdravotní gramotnosti ve školním prostředí.

Problematice zjišťování zdravotní gramotnosti manažerů a jejího srovnání mezi manažery zdravotnickými a nezdravotnickými v České republice se podle dostupných zdrojů zatím nikdo nevěnoval. Výsledky tedy nebylo možné porovnat s jinými výsledky výzkumu zdravotní gramotnosti prováděného u manažerů. Jedná se o první výzkum s tímto zaměřením v České republice provedený pouze v malém regionu Kyjov, proto je jistě nutné pro plnou objektivizaci dosažených výsledků v něm dále pokračovat a rozšířit oblast výzkumu pro zmapování a zpřesnění problému zdravotní gramotnosti manažerů i do jiných regionů České republiky.

Je třeba také zmínit výsledek oblasti výzkumu, věnovaný zdravotní výchově. Naprostá většina manažerů obou skupin si myslí, že zdravotní výchova má pozitivní vliv na zdraví a je účelné se zdravotní výchově věnovat si také myslí většina zdravotnických i nezdravotnických manažerů. Kdo by se měl zdravotní výchově věnovat? Zdravotničtí manažeři si myslí, že je to především úkolem lékařů, ostatních zdravotníků a škol, ale také zdravotních pojišťoven a profesních zdravotnických organizací. Nezdravotničtí manažeři se shodují, že nejvíce by se měli zdravotní

²⁴ Dostupné online na <http://www.ahrq.gov/legacy/pharmhealthlit/documents/realm-r.htm>

²⁵ Test je dostupný na http://www.nmmra.org/resources/Physician/152_1485.pdf

výchově věnovat lékaři, ale na druhé místo určili školy, dále zdravotní pojišťovny a ostatní zdravotníky. Jak bylo uvedeno v podkapitole 2.1 zdravotní výchova je jednou z metod rozvoje zdravotní gramotnosti. Zdravotní výchova vede k vyššímu zdravotnímu uvědomění, a tedy k vyšší úrovni zdravotní gramotnosti. Výsledek této části výzkumu svědčí o pozitivním vztahu manažerů k nutnosti zdravotní výchovy. Manažeři identifikovali i představitele, kteří by se měli zdravotní výchovou zabývat. Jsou to převážně zdravotničtí pracovníci, tedy lékaři a ostatní personál. Pro zdravotnické manažery by toto zjištění mělo znamenat uvědomění si velké odpovědnosti v oblasti vzdělávání veřejnosti, především pacientů. Nemyslím tím pořádání přednášek či seminářů, ale každodenní komunikaci s pacienty, vysvětlování, pokyny pro léčbu a režimová opatření. Jak je uvedeno v podkapitole 2.1 věnované zdravotní výchově, může se stát, že poučení je pro pacienty nesrozumitelné, nedostačující, neodpovídá jejich vzdělání či komunikačním zvyklostem. V tomto případě, domnívám se, že závisí též na komunikačních a edukačních dovednostech lékaře a zdravotníků, aby informace pacientovi vysvětlili informace vzhledem k jeho schopnostem pochopit a dodržet pokyny.

Ráda bych zmínila i další výsledek výzkumu, který má vztah i ke zdravotní výchově. Jedná se o nízké povědomí o zdravotních programech, které podporují udržení a rozvoj zdraví lidí a hlavně o programu Zdraví 21. Pouze 27 % z celkového počtu respondentů zná program jako CINDI, Avon proti rakovině, programy Zdravá města, Zdravá škola a podobně, a pouhých 17 % uvedlo, že zná program Zdraví 21 a bylo schopno stručně napsat jeho význam. Ačkoliv je program Zdraví 21 propagován na stránkách Ministerstva zdravotnictví České republiky, učí se o něm ve školách, povědomí o něm je nízké. Očekávala bych, že zdravotničtí manažeři budou tento program znát, ale pouze 30 % z jejich celkového počtu to přiznalo. Pravdou je, že u nezdravotnických manažerů je výsledek ještě horší, jen 6,1 %.

ZÁVĚR

Cílem práce bylo zjistit, popsat, analyzovat a srovnat zdravotní gramotnost manažerů v regionu Kyjov, a to se zřetelem ke všem třem úrovní modelu zdravotní gramotnosti vytvořeného Nutbeamem.

V teoretické části jsou na základě prostudované literatury a ostatních zdrojů vymezeny pojmy zdraví a zdravotní gramotnost. Jsou popsány modely zdravotní gramotnosti a vazba zdravotní gramotnosti na cíle zdravotní politiky. Podkapitola 1. 4 věnovaná shrnutí současného poznání o zdravotní gramotnosti je členěna do dvou částí, a to výzkum zdravotní gramotnosti v České republice a v zahraničí. Mezi metody rozvoje zdravotní gramotnosti jsem zahrнула a popsala zdravotní výchovu, podporu zdraví a prevenci a stručnou charakteristiku programů podporujících zdraví. Specifika práce manažerů a potřeba rozvoje zdravotní gramotnosti manažerů je uvedena ve třetí kapitole. Čtvrtá kapitola je věnována výzkumu zdravotní gramotnosti.

Výzkum probíhal u dvou skupin respondentů, a to u zdravotnických a nezdravotnických manažerů v regionu Kyjov. Jedná se o zdravotnické manažery a malou část nezdravotnických manažerů Nemocnice Kyjov a zbylé nezdravotnické manažery v městě Kyjově a okolí. V rámci přípravné fáze výzkumu byla provedena operacionalizace pojmu zdravotní gramotnost a byly stanoveny pracovní hypotézy, které byly přetřansformovány na statistické hypotézy. Pro sběr dat byla použita technika dotazník, a to zejména pro jeho výhody, jako je jednoduché například rychlé vyplnění pro respondenty a snadné zpracování a vyhodnocení pro výzkumníka. Tato technika sběru dat byla přiměřená z hlediska získání informací o zdravotní gramotnosti manažerů a umožnila získaná data statisticky vyhodnotit.

Platnosti hypotéz jak zdravotnických, tak nezdravotnických manažerů, byly ověřovány zvlášť pro každou otázku příslušející k dané úrovni modelu zdravotní gramotnosti podle Nutbeama pomocí statistických výpočtů. Pro zvolený model Nutbeama jsem dodržela v diplomové práci jednotnou terminologii podle profesora Holčíka (2010, s. 147-170), což znamená užívání pojmu úroveň ve vztahu ke zdravotní gramotnosti. V diplomové práci se však nejedná o úroveň měřitelnou pomocí čísel, ale zjišťovanou porovnáváním odpovědí na jednotlivé otázky přiřazené k jednotlivým dimenzím modelu zdravotní gramotnosti podle Nutbeama, což může být zavádějící.

V diskusi jsou shrnuty a komentovány výsledky výzkumu. Zdravotní gramotnost zdravotnických i nezdravotnických manažerů se liší ve všech třech úrovních modelu zdravotní gramotnosti, tedy funkční, interaktivní a kritické ve prospěch zdravotnických manažerů.

Možným doporučením pro praxi je zaměřit se na další rozvíjení zdravotní gramotnosti metodou zdravotní výchovy, na zpětnou vazbu při propagaci programů podporujících a rozvíjejících zdraví. Důležité je také zaměřit se na vytvoření standardizovaného dotazníku pro zjišťování zdravotní gramotnosti tak, jak je tomu v zahraničí, aby bylo možné získat relevantní data pro rozvoj zdravotní gramotnosti jak u laické, tak odborné veřejnosti.

LITERATURA A PRAMENY

1. ARMSTRONG, Michael. *Řízení lidských zdrojů*. Přel. Stanislav Koubek. Praha: Grada Publishing a.s. 2002. 856 s. Přel. z: A Handbook of Human Resource Management Practice, London: Kogan Page Limited, 2001. ISBN 80-247-0469-2.
2. BÁRTLOVÁ, Sylva, SADÍLEK, Petr, TÓTHOVÁ, Valerie. *Výzkum v ošetrovatelství*. 2. vyd. Brno: Národní centrum ošetrovatelství a nelékařských zdravotnických oborů, 2008. 185 s. ISBN 978-80-7013-467-2.
3. BÁRTLOVÁ, Sylva, HNILICOVÁ, Helena. *Vybrané metody a techniky výzkumu: zjišťování spokojenosti pacientů*. 1. vyd. Brno: Institut pro další zdělávání pracovníků, 2000. 119 s. ISBN 80-7013-311-2.
4. Bílá kniha. Společně pro zdraví: strategický přístup pro EU na období 2008–2013. Komise evropských společenství. [online] 2007. [cit. 2013-02-16] dostupné z:<
http://ec.europa.eu/health/ph_overview/Documents/strategy_wp_cs.pdf>
5. CONSTITUTION OF THE WORLD HEALTH ORGANIZATION, [online] [cit. 2013-02-16] dostupné z:<
http://www.who.int/governance/eb/who_constitution_en.pdf>
6. ČELEDOVÁ, Libuše, ČEVELA, Rostislav. *Výchova ke zdraví: vybrané kapitoly*. 1. vyd. Praha: Grada Publishing, a.s., 2010. 128 s. ISBN 978-80-247-3213-8.
7. ČEVELA, Rostislav, ČELEDOVÁ, Libuše a DOLANSKÝ Hynek. *Výchova ke zdraví pro střední zdravotnické školy*, 1. vyd. Praha: Grada Publishing, a.s., 2009. 112 s. ISBN 978- 80-247-2860-5.
8. *Dlouhodobý program zlepšování zdravotního stavu obyvatelstva ČR – Zdraví pro všechny v 21. Století*. Usnesení vlády České republiky č. 1046. [online]. 2002. Dostupné z WWW: <
<http://www.vychovakezdravi.cz/download/file/Usnesen%C3%AD%20VI%C3%A1dy%20C4%8D%201046.pdf> [cit. 2013-04-11]>
9. DONNELLY, H., James, jr, GIBSON, L, James a IVANCEVICH, M., John. *Management*. Přel. Václav Dolanský a Stanislav Koubek. Praha: Grada

- Publishing a.s. 1997. 824 s. Přel. z.: *Fundamentals of Management*, nakl. RICHARD D. IRWIN, INC. 1995. ISBN 80-7169-422-3.
10. GLADKIJ, Ivan, STRNAD, Ladislav. *Zdravotní politika, zdraví, zdravotnictví*. 1. vyd. Olomouc: Univerzita Palackého, Olomouc, 2002. 111s. ISBN 80-244-0500-8.
 11. GLADKIJ, Ivan, aj. *Management zdravotnictví*. 1. vyd. Brno: Computer Press, 2003. 393 s. ISBN 80-7226-996-8.
 12. GOŠOVÁ, Věra. *Gramotnosti*. [online]. 2011. [cit. 2013-05-12]. Dostupné z http://wiki.rvp.cz/Knihovna/1.Pedagogicky_lexikon/G/Gramotnost
 13. *Helath Literacy*. [online]. [cit. 2013-04-12]. Dostupné z: <<http://nmlm.gov/outreach/consumer/hlthlit.html>>
 14. *Health Literacy: What is health literacy?* [online]. [cit. 2013-04-12]. Dostupné z <<http://www.nih.gov/clearcommunication/healthliteracy.htm>>
 15. *Health Literacy Research*. [online]. 2011. [cit. 2013-04-12]. Dostupné z: <<http://www.cdc.gov/healthliteracy/researchevaluate/research.html>>
 16. *Health Promotion Glossary*. World Health Organization. [online]. 1998. [cit. 2013-04-12] Dostupné z: <http://whqlibdoc.who.int/hq/1998/WHO_HPR_HEP_98.1.pdf>
 17. HOLČÍK, Jan. *Zdravotní gramotnost je základní podmínkou rozvoje zdraví lidí*. [online] 2012. Dostupné z: <<http://www.medon-solutio.cz/online2012/index.php?linkID=txt20&lang=1>> [cit. 2013-06-24]
 18. HOLČÍK, Jan. *Systém péče o zdraví a zdravotní gramotnost*. 1. vydání. Brno: Masarykova univerzita, 2010. 293 s. Škola a zdraví pro 21. století. ISBN 978-80-210-5239-0.
 19. HOLČÍK, Jan. *Zdravotní gramotnost a její role v péči o zdraví*. 1. vyd. Brno: MSD, spol. s r.o., 2009. 153 s. Škola a zdraví pro 21. století. ISBN 978-80-7392-089-0.
 20. HOLČÍK, Jan, KAŇOVÁ Pavlína, PRUDIL Lukáš. *Systém péče o zdraví a zdravotnictví*. 1. vydání. Brno: Národní centrum ošetřovatelství a nelékařských zdravotnických oborů, 2005. 186 s. ISBN 80-7013-471-8.

21. HOLČÍK, Jan. Závěrečná zpráva o řešení programového projektu podpořeného Interní grantovou agenturou Ministerstva zdravotnictví: Zdravotní gramotnost. NO/7700-3, Brno: Masarykova univerzita, 2003 – 2005.
22. HOLČÍK Jan. *Zdraví 21. Výklad základních pojmů. Úvod do evropské zdravotní strategie. Zdraví pro všechny ve 21. Století.* 1. vyd. Praha: neuvaden, 2004. 160 s. ISBN 80-85047-33-0.
23. HOLČÍK, Jan, KOUPILOVÁ Ilona. Zdravotní gramotnost je cennou součástí obecné kultury. *Zdravotnictví v České republice*, Praha: Asociace pro rozvoj sociálního lékařství. ISSN 1213-6050. 2001, roč. 4, v tisku, s. 113 – 114.
24. CHRÁSKA, Miroslav. *Metody pedagogického výzkumu: základy kvantitativního výzkumu.* 1. vyd. Praha: Grada Publishing, 2007. 265 s. ISBN 978-80-247-1369-4.
25. KICKBUSCH, Ilona: Improving health literacy – A key priority for enabling good health in Europe. 2004 [online]. [cit. 2011-10-12]. Dostupné z: <www.ilonakickbusch.com/health-literacy/health-literacy-gastein.pdf>
26. KICKBUSCH, Ilona. Helath Consult. [online]. [cit. 2013-06-03]. Dostupné na <<http://www.ilonakickbusch.com>>
27. KEBZA, Vladimír. Podpora zdraví - historie a současnost ve světě a v ČR. Prohuman. [online] 2012. [cit. 2013-06-24] Dostupné na <www.prohuman.sk/psychologia/podpora-zdravi-historie-a-soucasnost-ve-svete-a-v-cr>
28. KRATOCHVÍLOVÁ, Hana. Časopisy pro ženy v souvislosti se zdravotní gramotností žen [online]. 2011 [cit. 2013-06-19]. Bakalářská práce. Masarykova univerzita, Pedagogická fakulta. Vedoucí práce Jitka Reissmannová. Dostupné z: <<http://theses.cz/id/xg4dpp/>>.
29. KŘIVOHLAVÝ, Jaro. *Psychologie zdraví.* 3. vyd. Praha: Portál, 2009, 280s. ISBN 978-80-7367-568-4.
30. [online] [cit. 2013-04-12] Dostupné z <<http://rudolfkohoutek.blog.cz/0912/psychologie-a-pedagogika-zdravi>>
31. KOMÁREK, Lumír. *Výchova ke zdraví, strategie, metody a hodnocení.* [online] [cit. 2013-04-12] Dostupné z: <http://www.szu.cz/uploads/documents/czsp/CINDI/kurz/vychova_20ke_20zdravi.pdf>

32. Komise evropských společenství. *Bílá kniha: Společně pro zdraví: strategický přístup pro EU na období 2008–2013*. [online] 2007. [cit. 2013-04-12]. Dostupné z: http://ec.europa.eu/health/ph_overview/Documents/strategy_wp_cs.pdf
33. LINHART, Jiří a kol. *Slovník cizích slov pro nové století*. Litvínov: Dialog, 2008. 412 s. ISBN 80-7382-006-4.
34. MACHOVÁ Jitka, KUBÁTOVÁ Dagmar a kolektiv. *Výchova ke zdraví*. 1. vyd., Praha: Grada Publishing, a.s., 2009, 296 stran, ISBN 978-80-247-2715-8.
35. MIOVSKÝ, Michal. *Kvalitativní přístup a metody v psychologickém výzkumu*. 1. vyd. Praha: Grada Publishing, 2006. 329 s. ISBN 80-247-1362-4.
36. *Národní síť podpory zdraví*. [online]. [cit. 2013-05-11] Dostupné z: <http://www.nspz.cz>
37. OSBORN, Helen. Health Literacy Consulting. [online]. 2012 [cit. 2013-05-11] Dostupné z: <http://www.healthliteracy.com/>
38. The Ottawa Charter for Health Promotion. WHO [online] 1986 [cit. 2013-05-11]. Dostupné na <http://www.who.int/healthpromotion/conferences/previous/ottawa/en/index1.html>
39. PŘIBOVÁ, Marie, EXBER, Lubomír, ŠŤOVÍČEK, Petr. *Health Literacy: 1st phase*. ILOL (Institute for Lifestyle Options and Longevity) 2008, ISBN neuvedeno.
40. PAYNE, Jana a kol. *Kvalita života a zdraví*. 1. vyd. Praha: Triton, 2005. 630 s. ISBN 80-7254-657-0.
41. PUNCH, K. F. *Základy kvantitativního šetření*. 1. vyd. Praha: Portál, 2008. 152 s. ISBN 978-80-7367-381-9.
42. REISSMANNOVÁ, Jitka. Problematika první pomoci v kontextu rozvoje zdravotní gramotnosti ve školním prostředí [online]. 2010 [cit. 2013-06-19]. Disertační práce. Masarykova univerzita, Pedagogická fakulta. Vedoucí práce Evžen Řehulka. Dostupné z: <http://theses.cz/id/386848/>.
43. SCHOTT, Heinz a kol. *Kronika medicíny*. Praha: Fortuna Print, spol. s.r.o, 1994. 648 s. ISBN 80-85873-16-8.
44. ŠKRLOVI, Petr a Magda. *Kreativní ošetrovatelský management*. 1. vyd. Praha: Advent-Orion s.r.o., 2003. 477 s. ISBN 80-7172-841-1.

45. ŠTEFLOVÁ, Alena. *Projekty na podporu zdraví realizované WHO*. [online] 2011. [cit. 2013-04-12] Dostupné z <http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0005/98438/e81384.pdf>
46. ŠUBRTOVÁ, Iva. *Největší překážkou je nechtít*. [online] 2013. [cit. 2013-04-12] Dostupné z <<http://kariera.ihned.cz/c1-59088350-nejtezsi-je-pripustit-si-ze-neco-delam-spatne>>
47. ŠULÁKOVÁ, Kateřina. *Funkční a interaktivní zdravotní gramotnost u osob s arteriální hypertenzí* [online]. 2013 [cit. 2013-06-16]. Diplomová práce. Masarykova univerzita, Pedagogická fakulta. Vedoucí práce Lucie Procházková. Dostupné z: <http://is.muni.cz/th/385538/pedf_m/>. Citace 15. 1. 2013.
48. TAFTL, Martin. *Zdravotní politika státu? Žádná není*. [online]. 2012. [cit. 2013-06-12]. Dostupné z <<http://www.zdravecesko.org/system/zdravotni-politika-statu-zadna-neni>>
49. Ústavní zákon č. 2/1993 Sb. ve znění ústavního zákona č. 162/1998 Sb. (Listina základních práv a svobod) [online]. [cit. 2013-05-19]. Dostupné z: <<http://www.psp.cz/docs/laws/listina.html>>
50. VENCOVÁ, Barbora. *Zdravotní gramotnost ve speciální pedagogice* [online]. 2013 [cit. 2013-06-19]. Bakalářská práce. UNIVERZITA PALACKÉHO V OLOMOUCI, Pedagogická fakulta. Vedoucí práce Kateřina Ivanová. Dostupné z: <<http://theses.cz/id/qv6oms/>>.
51. VOKURKA, Martin, HUGO, Jan a kol. *Velký lékařský slovník*. 5. vyd. Praha: Maxdorf s.r.o., 2005. 1001 s. ISBN 80-7345-058-5.
52. VYČÍTALOVÁ, Anna. *Informační gramotnost ve zdravotnictví se zaměřením na rozvoj informační gramotnosti pacientů*. *Knihovna* [online]. 2012, roč. 23, č. 2, s. 5-21 [cit. 2013-06-16]. Dostupné z:<<http://knihovna.nkp.cz/knihovna122/vycit.htm>> ISSN 1801-3252.
53. Výroční zpráva Nemocnice Kyjov, příspěvkové organizace. Dostupná na <www.nemkyj.cz>
54. WEISS, Barry D. *Health Literacy and Patient Safety: Help Patients Understand*. American Medical Association Foundation and American Medical Association. [online]. 2007 [cit. 2013-03-16]. ISBN 92 890 1371 0. Dostupný z <<http://www.ama-assn.org/ama1/pub/upload/mm/367/healthlitclinicians.pdf>>

55. WILKINSON, Michal, MARMOT Michael. *Social Determinants of Health: the Solid Fact. 2nd edition.* [online].WHO. 2003 [cit. 2013-03-16]. Dostupné z: <http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0005/98438/e81384.pdf>
56. Zákon č. 20/1966 Sb., o péči o zdraví lidu. [online] [cit. 2013-02-16] Dostupný z <<http://www.helcom.cz/download/integrace/099pece.pdf>>
57. Zákon č. 372/2011 Sb., Zákon o zdravotních službách a podmínkách jejich poskytování. [online] [cit. 2013-02-16] Dostupné z <<http://www.zakonyprolidi.cz/cs/2011-372>>
58. Zákon č. 258/2000 Sb., o ochraně veřejného zdraví. [online] [cit. 2013-02-16] Dostupné z <<http://www.tzb-info.cz/pravni-predpisy/zakon-c-258-2000-sb-o-ochrane-verejneho-zdravi-a-o-zmene-nekterych-souvisejicich-zakonu>>
59. ZVÍROTSKÝ, Michal. *Úvod do zdravotní gramotnosti pro pedagogy.* Praha: Univerzita Karlova v Praze, Pedagogická fakulta, 2009. 80 s. [online] [cit. 2013-02-15] Dostupné z:<http://books.google.cz/books/about/%C3%9Avod_do_zdravotn%C3%AD_gramotnosti_pro_peda.html?id=W8j_ZwEACAAJ&redir_esc=y>
60. ZVÍROTSKÝ, Michal. Negramotní ve věci vlastního zdraví. *Psychologie dnes.* Praha: Portál, s.r.o. ISSN 1212-9607. 2007, roč. 13, č. 9, s. 32 – 33. Dostupné z:<http://books.google.cz/books/about/%C3%9Avod_do_zdravotn%C3%AD_gramotnosti_pro_peda.html?id=W8j_ZwEACAAJ&redir_esc=y>

SEZNAM TABULEK

Tabulka č. 1 Funkční zdravotní gramotnost, první hypotéza	43
Tabulka č. 2 Interaktivní gramotnost, první hypotéza	45
Tabulka č. 3 Kritická zdravotní gramotnost, první hypotéza	46
Tabulka č. 4 Funkční zdravotní gramotnost, druhá hypotéza	49
Tabulka č. 5 Interaktivní zdravotní gramotnost, druhá hypotéza	50
Tabulka č. 6 Kritická zdravotní gramotnost, druhá hypotéza	50
Tabulka č. 7 Funkční zdravotní gramotnost, třetí hypotéza	52
Tabulka č. 8 Interaktivní zdravotní gramotnost, třetí hypotéza	53
Tabulka č. 9 Porovnání jednotlivých skupin manažerů podle jejich vzdělání	54
Tabulka č. 10 Kritická zdravotní gramotnost, třetí hypotéza	54
Tabulka č. 11 Nezdravotničtí manažeři a kouření	57
Tabulka č. 12 Zdravotničtí manažeři a kouření	57
Tabulka č. 13 Nezdravotničtí manažeři a obezita	58
Tabulka č. 14 Zdravotničtí manažeři a obezita	58
Tabulka č. 16 Zdravotničtí manažeři a aktivní pohyb	59
Tabulka č. 15 Nezdravotničtí manažeři a aktivní pohyb	59
Tabulka č. 17 Míra stresu nezdravotnických manažerů	60
Tabulka č. 18 Míra stresu zdravotnických manažerů	60

SEZNAM GRAFŮ

Graf č. 1 Věk respondentů	38
Graf č. 2 Délka praxe zdravotnických manažerů	39
Graf č. 3 Vzdělání manažerů	39
Graf č. 4 Dostupnost informací o účinku a užitečnosti různých opatření, které se zaměřují na posilování zdraví	41
Graf č. 5 Co pomáhá při získávání informací	41
Graf č. 6 Důvod absolvování preventivní prohlídky	44
Graf č. 7 Co by pomohlo k motivaci lidí podle zdravotnických manažerů	46
Graf č. 8 Co by pomohlo k motivaci lidí podle nezdravotnických manažerů	47
Graf č. 9 Vliv zdravotní výchovy na zdraví	55
Graf č. 10 Účelnost zdravotní výchovy	55
Graf č. 11 Čí úkol je zdravotní výchova	56

Příloha - DOTAZNÍK

Vážená paní, vážený pane,

jmenuji se Veronika Neničková a jsem studentkou 3. ročníku oboru Management zdravotnictví na Univerzitě Palackého v Olomouci. Pro ukončení studia zpracovávám závěrečnou práci na téma Manažeri a zdravotní gramotnost a obracím se proto na Vás s žádostí o vyplnění tohoto dotazníku.

Zdravotní gramotnost je mladý pojem a v naší zemi ne příliš známý a používaný. Světová zdravotnická organizace (WHO) definuje zdravotní gramotnost jako: *Kognitivní a sociální schopnosti, které určují motivaci a způsobilost jednotlivců k tomu, aby si dokázali získat přístup k informacím, porozumět jim a využívat je způsobem, který podporuje a udržuje dobré zdraví.* Kratší definice charakterizuje zdravotní gramotnost jako schopnost číst, rozumět a jednat na základě zdravotních informací.

Dotazník je anonymní a je rozdělen do několika částí, jeho vyplnění Vám nezabere víc jak 10 minut. Úvodní část se zabývá významností zdravotní výchovy jako činnosti ovlivňující zdraví. Další tři části pomáhají mapovat úroveň gramotnosti podle jejich jednotlivých modulů a v závěru je několik otázek důležitých z hlediska statistického zpracování.

Děkuji Vám za ochotu a čas, který věnujete vyplnění tohoto dotazníku.
Veronika Neničková

Pokyny pro vyplnění dotazníku:

Pokud není uvedeno jinak, vyberte jednu odpověď a zakroužkujte ji nebo označte křížkem. U Vámi zvolené možnosti *Jiné – uveďte*: napište prosím Vaše doplnění.

Zdravotní gramotnost

I. Potřebnost zdravotní výchovy

1.	Myslíte si, že má zdravotní výchova pozitivní vliv na zdraví?	ano	ne	nevím
2.	Je účelné věnovat se zdravotní výchově v rámci zlepšení informovanosti lidí v péči o jejich zdraví?	ano	ne	nevím

3.	Kdo by se podle Vás měl věnovat zdravotní výchově? <i>(lze uvést více možností)</i>	
	- Lékaři	
	- Ostatní zdravotničtí pracovníci	
	- Farmaceuti a pracovníci lékárny	
	- Školy a vzdělávacích institucí	
	- Zdravotní pojišťovny	
	- Profesionálních zdravotnických organizace	
	- Svépomocné pacientské organizace	
Jiná možnost, prosím uveďte:		

II. Funkční zdravotní gramotnost

4.	Jsou podle Vás informace o užitečnosti opatření, která se zaměřují na posilování zdraví dostupné? Jde například o informace o škodlivosti kouření, špatné životosprávě.	ano	ne	nevím
----	---	-----	----	-------

5.	Zajímáte se o informace, které by Vám pomohly posilovat a rozvíjet zdraví?	
	Ano	
	Ne, nejsou pro mě důležité.	
	Ne, nevím, kde je mám hledat.	
	Ne, nerozumím těmto informacím, jsou složité.	
Ne z jiného důvodu:		

6.	Co Vám pomáhá při získávání informací důležitých pro Vaše zdraví? <i>(lze uvést více možností)</i>	
	Komunikace se zdravotnickým personálem	
	Odborné knihy a časopisy	
	Reklama	
	Odborné diskuse v médiích	
	Internetové diskuse	
	Informace ve svépomocných pacientských skupinách (Roska, Kluby stomiků...)	
Jiné – uveďte:		

7.	Jak byste ohodnotil/la Vaše znalosti <i>(hodnoťte jako ve škole 1 – výborné až 5 – nedostatečné)</i>					
	o zdravém životním stylu	1	2	3	4	5
	o významu preventivní zdravotní péče	1	2	3	4	5
	o nabídce zdravotních služeb a podmínkách jejich využití	1	2	3	4	5
	v orientaci ve zdravotnickém systému (financování zdravotnictví, zdravotní politika státu, zdravotní pojištění a práva pojištěnců, práva a povinnosti pacientů...)	1	2	3	4	5

8.	Jak byste ohodnotil/la Vaše informace o následujících rizicích týkajících se Vašeho zdraví? <i>(hodnoťte jako ve škole 1 – výborné až 5 – nedostatečné)</i>					
	Kouření	1	2	3	4	5
	Obezita	1	2	3	4	5
	Nedostatečný pohyb	1	2	3	4	5
	Stres	1	2	3	4	5
	Nedostatek spánku	1	2	3	4	5

9.	Dodržujete opatření, která vedou ke snížení negativního vlivu uvedených rizik na Vaše zdraví? <i>(hodnoťte 1 – vždy až 5 – nikdy)</i>					
	Kouření	1	2	3	4	5
	Obezita	1	2	3	4	5
	Nedostatečný pohyb	1	2	3	4	5
	Stres	1	2	3	4	5
	Nedostatek spánku	1	2	3	4	5

III. Interaktivní zdravotní gramotnost

10.	Co Vás motivuje k tomu, abyste, opatření, která vedou ke snížení negativního vlivu uvedených rizik na Vaše zdraví dodržoval/la? <i>Vyberte prosím jednu odpověď.</i>		
	- Chci se o své zdraví starat, je to pro mě důležité.		
	- Mám nebo měla jsem zdravotní problémy.		
	- Nic, je mi to jedno.		
Jiné – uveďte:			

11.	Kdy jste absolvoval/la preventivní zdravotní prohlídku? <i>Vyberte prosím jednu odpověď.</i>			
	V letošním roce nebo minulém roce	Před dvěma lety	Před třemi lety	Je to dávno, nepamatuji se.

12.	Z jakého důvodu jste absolvovala preventivní zdravotní prohlídku? <i>Vyberte prosím jednu odpověď.</i>		
	- Byl požadavek zaměstnavatele.		
	- Pozval mě obvodní lékař.		
	- Šel/šla jsem sám/sama aktivně na doporučení své zdravotní pojišťovny .		
Jiný důvod – uveďte:			

13.	Pokud se u Vás objeví zdravotní potíže, <i>Vyberte prosím jednu odpověď.</i>		
	- moc si jich nevšímám, dokud mě neomezí v práci nebo běžném životě		
	- začnu se hned sám/sama léčit		
	- snažím se získat co nejvíce informací o daném problému		
	- vyhledám lékařské ošetření		
Jiné – uveďte:			

14.	Když Vám lékař navrhne vyšetřovací a léčebný plán <i>Vyberte prosím jednu odpověď.</i>		
	- chci znát od lékaře všechny varianty a možnosti vyšetření a léčby, jejich přínosy i rizika, a pak se rozhodnu, zda je absolvovat		
	- dohledám si další informace z jiných zdrojů (internet, kolegové, známí, rodina) a pak se rozhodnete		
	- lékaři věřím, nic si neověřuji		
Jiné – uveďte:			

15.	Je pro Vás důležité podílet se na rozhodnutí o vyšetřovacím a léčebném plánu?	ano	ne	nevím
-----	---	-----	----	-------

IV. Kritická zdravotní gramotnost

16.	Co by podle Vás pomohlo k větší motivaci lidí k péči o zdraví? <i>Odpovězte prosím na všechny možnosti, popřípadě uveďte pro doplnění jiné.</i>		
	- Vytváření životních podmínek důležitých pro zájem o zdraví	ano	ne
	- Výchova ke zdraví a zdravotní výchova	ano	ne
	- Odměna za dodržování léčebně preventivních opatření	ano	ne
	- Trest za nedodržení léčebně preventivních opatření	ano	ne
Jiné – uveďte:			

17.	Znáte nějaký zdravotní program podporující rozvoj a udržení zdraví lidí?	ano	ne
	Pokud ano, napište, prosím, o jaký se jedná:		

18.	Znáte program Zdraví 21?	ano	ne
	Jaký je jeho význam?		

V. **Všeobecné informace**

Uved'te prosím délku Vaší manažerské praxe v letech.						
Zaměření Vaší činnosti je		zdravotnické	nezdravotnické			
Uved'te Vaše nejvyšší dosažené vzdělání		středoškolské	vyšší odborné (DiS.)			
		nižší vysokoškolské (Bc.)	vysokoškolské			
Uved'te Váš věk						
Jste kuřák?		ano	ne			
Uved'te Váš BMI ($Váha(kg) / Výška(m)^2$)						
Jak často provozujete aktivní pohyb, sport?						
denně	2 – 3x týdně	1x týdně	méně často			
Vyjádřete míru stresu, se kterou se setkáváte při své práci. 1 – nejmenší míra stresu až 5 – nejvyšší míra stresu)						
		1	2	3	4	5